

*La resistenza dell'analista*¹

di Antonello Sciacchitano

(La paura di venir divorati, l'ho finora trovata solo negli uomini. Probabilmente è solo il prodotto della trasformazione dell'aggressione orale verso la madre. Si pretende divorare la madre, di cui ci si è nutriti; manca il motivo immediato per simile desiderio nei confronti del padre.)

S. Freud, "Sulla sessualità femminile" (1931), in *Sigmund Freud gesammelte Werke*, vol. XIV, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, p. 531.

Il bambino proietta il proprio atteggiamento distruttivo orale e anale, relativo al pene del padre, anche sulla cavità che presume lo contenga. Tale proiezione è facilitata dall'associazione con i precedenti impulsi sadici e orali e fallici contro il corpo della madre, con le loro conseguenze basate sulla legge del taglione. La distruzione del pene paterno significa inoltre derubare la madre amante-del-pene del suo possesso. Penetrare in questa cavità sarebbe, quindi, altrettanto distruttivo per il pene del bambino quanto egli sa che sarebbe distruttivo per il pene paterno penetrare nella bocca di lui.

E. Jones, *La fase fallica* (1932), in *Scritti sulla sessualità femminile e altri saggi*, Astrolabio, Roma 1972, p. 472.

Il bambino, quando vive e risolve la situazione tragica e benefica della castrazione, accetta il fatto di *non avere* lo stesso diritto (fallo) di suo padre, e in particolare di non avere il diritto di suo padre sulla madre, che si rivela allora come dotata dell'intollerabile statuto di un duplice impiego: madre per il bambino e moglie per il padre. Ma accettando di non avere lo stesso diritto di suo padre guadagna la garanzia che un giorno futuro, quando sarà anch'egli adulto, avrà il diritto, che gli è negato ora a causa della mancanza di "mezzi". Ora ha solo un piccolo diritto, che diventerà grande se egli stesso sarà in grado di diventare grande, accettando di "mangiare tutta la minestra".

Da parte sua, la bambina, quando vive e assume la situazione tragica e benefica della castrazione, accetta di non avere lo stesso diritto di sua madre, accetta quindi doppiamente di non avere lo stesso diritto (fallo) di suo padre, dato che anche sua madre non l'ha (non ha il fallo) in quanto donna, perché donna, e accetta allo stesso tempo di non avere lo stesso diritto di sua madre, cioè di non essere ancora una donna come sua madre. Ma in compenso guadagna un piccolo diritto: quello di essere bambina e la promessa di un grande diritto, quando si sarà fatta adulta, se sarà stata capace di diventare grande, accettando la legge dell'ordine umano, cioè sottomettendosi, all'occorrenza per sconvolgerla, rifiutando di mangiare "bene" tutta la minestra.

L. Althusser, *Freud et Lacan*, Paris 1964.

¹ [Tra parentesi quadre le note e le aggiunte del 2010.]

[*Il sofisma del pappagallo*]

“Io parlo con lei, perché lei non è un pappagallo”.

Con queste parole si rivolge a me l'analizzante, di cui riferirò la storia clinica e la fase iniziale dell'analisi. Perché lo cito? Per lasciare la parola a lui, nel momento in cui la prendo io? Per cercare di darvi un'idea del posto da dove parlo e delle contraddizioni che implica? Per introdurvi ai paradossi della narratologia, in particolare di quel genere letterario che è la “novella clinica”, come Freud chiamava i suoi casi clinici nella famosa epicrisi del caso Elisabeth von R., dubitando che avessero il marchio della scientificità?

La citazione del caso contiene un'opzione, che può non essere condivisa. Parlare di clinica psicanalitica vuol dire parlare di logica e, conseguentemente, di errori commessi nella cura. Ma è proprio questo che voglio iniziare a dimostrare: i miei errori. Forse questa esposizione non basterà. Spero che mi si renderà giustizia per un lavoro che è ancora *in fieri*.

“Io parlo con lei, perché lei non è un pappagallo”.

Se fossi un logico, del genere simbolico, avrei da affrontare il seguente sofisma: se io ripeto, qui e ora davanti a voi, se cioè ripeto a pappagallo, quanto l'analizzante dice sul mio divano, quali saranno le conseguenze sul suo parlare e sul mio ascoltare? La domanda è cruciale, ma sono ben lungi dal possederne la risposta. Cercherò di trarmi d'impaccio scivolando attraverso le pieghe del paradosso, che dopo tutto ha il vantaggio di segnalare le resistenze dell'analista all'atto cosiddetto analitico. [Dopo tutto, non voglio parlare di quel che ho fatto mio malgrado: solo un po' di analisi.]

Dunque, dal punto di vista della logica simbolica, i casi sono due:

1. se io non sono un pappagallo, allora lui parla e tutto va bene;
2. se io sono un pappagallo, allora cosa si può dire?

Siccome si suppone che frasi del tipo “o io sono un pappagallo o io non sono un pappagallo” siano sempre vere, allora è possibile, partendo dai pappagalli, arrivare a siffatta enunciazione: “Dal fatto che io sia un pappagallo, discende che, se io non sono un pappagallo, allora il mio analizzante parla”. [Duns Scoto chiamava questo teorema *ex falso quodlibet*.]

A questo punto, se voi mi chiedeste: “Ma questo qui, che vuole?” e, soprattutto, se i termini della vostra provocazione non fossero quelli più pertinenti del romanesco, io avrei risolto, almeno formalmente, il mio problema. Protetto all'ombra di Duns Scoto, potrei dirvi che la mia pappagalità implica quanto l'analizzante dice. Allora, sono autorizzato a parlare di questo analizzante? La sua autorizzazione formale non mi manca. Ma basta?

Certo è che la vostra domanda: “Ma questo qui, che vuole?”, una domanda sul desiderio dell'altro, apre una logica diversa da quella di Duns Scoto. Chiamatela come volete: logica del desiderio, logica dell'angoscia, logica del significante, ma non si tratta dell'alternativa del terzo escluso: o pappagallo o non pappagallo.

Finalmente, è proprio all'interno di questa logica non binaria che mi accingo a parlare della mia pratica psicanalitica. Come e come chi? Beh, come analizzante, dato che come analista, nei confronti del dire dell'analizzante, dovrei stare zitto. Lui stesso me lo insegna. Ma questo non vuol dire che automaticamente ci sia un po' d'analista. Per esempio, che l'analista siate voi che mi ascoltate. Sarà analista solo chi avrà voluto prendere il posto scavato da questo caso: posto silenzioso o forse no, lo vedremo alla fine. La domanda che pongo a questo fantasmatico analista: “Ma che fine ha fatto il pappagallo?”. È questa la domanda che mi permette di continuare parlare del caso.

Il caso C.B.

Il rito dell'esposizione di un caso impone di trovare uno pseudonimo. Per l'occasione le iniziali dell'analizzante, C e B, sono fin troppo adatte. Infatti, C.B. viene a chiedermi di prenderlo in cura per un problema di cibi, anzi, per quello che lo psichiatra ha definito: "Grave deperimento organico in anoressia fobico-ossessiva". Su quale base sintomatologica? Ascoltiamo C.B.:

"Il mio terrore è non digerire. Il cibo in sé non mi spaventa.² Mi spaventa mangiarne in quantità tale da non poterlo digerire. Quando non digerisco mi viene un peso allo stomaco insopportabile. Non so cosa farei quando mi viene quel peso allo stomaco: mi strapperei dentro..."

Ciò che fa problema a C.B. è ignorare la quantità di cibo "giusta", cioè la quantità di cibo che il suo stomaco può effettivamente digerire. Si trova allora costretto, per prevenire il peso allo stomaco, a ridurre l'assunzione di cibo e a ricorrere all'aiuto di digestivi. Ma alla lunga la soluzione non regge. Siccome, di fatto, il peso allo stomaco non diminuisce, C.B. è costretto a ridurre progressivamente l'assunzione di cibo e a aumentare progressivamente le dosi di digestivi, fino a raggiungere livelli paradossali in termini di peso: le quantità si invertono con le pastiglie dei digestivi che arrivano a pesare più dei pasti.

Con il progredire dell'analisi C.B. dirà:

"Ho fame, questo sì. Adesso riconosco che la mia è fame. Però, anche se ho fame, non posso mangiare, perché, se mangiassi a sazietà, supererei la quantità di cibo che il mio stomaco può digerire".³

In ogni caso non c'è pericolo di arrivare alla sazietà, paradossalmente, proprio perché la situazione è tale da favorire *a priori* il superamento della sazietà.

"Il mio cervello deve essere malato, perché non mi dà la sensazione della fine del pasto. Allora devo regolarmi sui pasti precedenti. Se, dopo aver mangiato, mi viene il peso allo stomaco, allora vuol dire che ho mangiato troppo e che la volta dopo devo mangiare meno".

Ma proprio qui, nella determinazione del "troppo" sorgono i problemi. Non si tratta di un calcolo lineare. [I matematici lo definirebbero caotico, perché dipende pesantemente dalle condizioni iniziali e dai risultati intermedi.] Se eccesso di introduzione di cibo c'è stato, c'è stato anche disturbo dello stomaco, per cui anche la successiva razione di cibo, anche se ridotta, potrebbe risultare eccessiva, qualora non fosse tenuto "giusto" conto delle ridotte capacità digestive dello stomaco [, provocate dalla razione di cibo precedente]. Certo, ci sarebbe la possibilità di ridurre drasticamente e temporaneamente l'assunzione di cibo, per esempio con il digiuno. Ma l'espedito non andrebbe senza inconvenienti, perché la fame disturberebbe ulteriormente lo stomaco, rendendo problematica l'assunzione di altro cibo. Questi e

² [Trascrivendo il caso, mi viene in mente una battuta umoristica, che è la vera interpretazione del caso: "Il cibo in sé non mi spaventa. Mi spaventa il cibo in me."]

³ [All'epoca ero lacaniano ortodosso. Ero portato a interpretare il cibo come plusgodere. Come si vedrà questa dottrina non ha inibito lo sviluppo del caso]

altri sono i teoremi e i corollari di una logica ferrea, in cima alla quale sta l'assioma, potremmo dire con voluta ambiguità, dell'inizio senza fine [– il ben noto assioma della freccia ferma dell'eleatico Zenone⁴]. Seguendo questa logica – la logica [ontologica] dell'inizio senza durata, C.B., maschio, ingegnere chimico di 35 anni, statura superiore alla media, arriva da me pesando poco più di 43 kg.

Inizio e iniziali, oggetto – cibi – e soggetto – C.B. – qualcosa di fantasmatico si annoda nel sintomo, che sono stato chiamato a sciogliere.

⁴ [È il tema sviluppato da Elvio Fachinelli nel suo *La freccia ferma*, che tratta della struttura infinitamente divisibile del tempo dell'ossessivo.]

Anamnesi

C.B. è figlio unico di genitori giuliani. Il suo cognome, comune a Trieste, è di origine slava, ma italianizzato dai nonni. L'effetto della trasformazione è la perdita del fonema finale CH, sostituito dalla desinenza italiana fisiologicamente pertinente.

C.B. nasce in una grande città del Nord, quando il padre ha 34 anni e la madre 40. Della madre dice:

“Mia madre era più anziana di mio padre, ma non lo dimostrava. Aveva un aspetto giovanile; era molto dinamica; quando aspettava me – è lei che lo racconta – giocava a tennis con mio padre e anche adesso, che è vecchia, è molto più arzilla di me”.

Il figlio è una sorpresa per i genitori, che dopo non ne aspettarono altri. Riguardo alla sua nascita, C.B. ha per un certo periodo ritenuto di essere nato per parto cesareo, finché la madre stessa, interrogata in proposito, smentì. Curiosamente, per un certo lasso di tempo, anch'io mi feci una convinzione simile, del tutto ingiustificata – non certo sostenuta dall'anzianità della primipara – ma forse suggerita dalla circostanza che C.B. mi fosse stato inviato da un collega di nome Cesare. [Quando si parla di coidentità in analisi, ci si basa su queste inevitabili coincidenze. Si tratta di un falso epistemologico. In ogni sistema simbolico le coincidenze superano le non coincidenze nella misura di quasi 3 volte.]

Siamo durante la guerra. Il padre è ufficiale e dirige la mensa militare con onestà e intransigenza. Nei suoi primi anni di vita, la famiglia subisce numerosi trasferimenti in tutta Italia. A proposito di questi trasferimenti C.B. usa il verbo *scappare*. Non posso fare a meno di notare la ricorrenza del fonema *sc*, iniziale del mio cognome, le numerose volte in cui ricorre nella sua recita: *scavalcare*, *Scià*, *scelta*, *scarica*, *scoperta*, *scoppio*, *scavi* ecc.

Sin dalle prime sedute C.B. si impegna spontaneamente a ricostruire la propria anamnesi. Si lamenta di non avere buona memoria. La maggior parte dei suoi ricordi infantili sono indiretti, cioè riguardano eventi riferiti dalla madre. Tra questi il più antico è una scena di maternità. La zia materna allatta la cugina M. e il piccolo C.B., che ha tre anni, esclama rivolto alla madre: “Mamma, mamma, M. sta mangiando le budella della zia!” e possiamo immaginare come il piccolo si mangiasse le parole, un vezzo che il grande ha mantenuto. Poco meno antica è l'immagine di una fotografia, che riproduce il piccolo C.B., presso gli scavi di Pompei, accoccolato sulle gambe. È in compagnia dello zio materno, ufficiale di marina, buona forchetta, che in seguito morirà di infarto, e della mamma, che commenta la posa del figlio: “Guarda, sembra che stia facendo la cacca!”. Di questa madre, che riflette uno sguardo dall'oggetto oro-anale,⁵ per molto tempo non riuscirò a cogliere riferimenti simbolici più precisi.

All'inizio C.B. parla della madre solo in contrapposizione al padre. Del padre e della sua autorità il piccolo C.B. è orgoglioso. Lo ricorda quando sgrida l'attendente, che aveva commesso un'imprudenza nell'attraversare la strada con il bambino, lasciandoselo scappare di mano. L'autorità del padre, però, non si riversa mai direttamente sul figlio. I suoi dettati passano sempre attraverso l'altro: la madre, la zia, la cugina, ecc. Mai che il padre obbligasse, per esempio, il figlio a mangiare qualcosa

⁵ [Sic. Non è un errore. Tutto il caso C.B. dimostra che esiste un oggetto, che non è solo orale e non è solo anale. È l'oggetto più fisiologico che anatomico, che attraversa il soggetto – *transito di cibo*, diceva Leonardo da Vinci. All'epoca non ne conoscevo ancora la topologia.]

che non gli piacesse. Tuttavia, questo padre aveva stabilito, più con l'esempio che con le minacce, la legge contro gli sprechi: si deve mangiare tutto quel che arriva in tavola – perché preparato dalla madre, s'intende – per evitare sprechi. Le difficoltà economiche del dopoguerra giustificavano questa posizione.

Inoltre, il padre di C.B. è l'unica persona che riesce a mettere ordine nelle abitudini alimentari della cugina che, a suo dire, “era molto golosa”.

“Mia zia era molto povera ed era capace di mangiare solo un uovo sodo, pur di comperare il gelato alla figlia. Io, invece, ero orgoglioso di non essere goloso come mia cugina. Ricordo che una volta mio padre voleva comperarmi una banana. Io dissi di no ed ero contento di non aver fatto spendere soldi a mio padre”.

Con il padre va imbastendosi un rapporto fatto di cose non dette, di domeniche mattina passate nel letto matrimoniale, mentre la madre serve loro il caffelatte, di passeggiate ai giardini pubblici.

“Con mio padre era impossibile parlare di politica o di sesso – dirà C.B. riferendosi a un'epoca successiva – perché aveva le sue idee e non le avrebbe cambiate mai e poi mai. Penso che mio padre, come me del resto, si sia fatto pochi amici, perché, se l'amicizia è profonda, comporta che si mettano in discussione anche le proprie idee, e questo mio padre non lo voleva”.

Quali idee erano, quelle paterne, che valesse la pena custodirle così gelosamente? Nulla più che i valori del buonsenso conservatore: salute morale e salute fisica; la prima coltivata con l'esercizio dell'ordine, dell'onestà, dell'obbedienza ai superiori, della fedeltà al lavoro e alla famiglia; la seconda conservata con un regolare e costante esercizio ginnico.

“Mio padre era un bell'uomo, grande, robusto, sempre ben vestito. Non me lo ricordo con la divisa, ma mia madre mi ha sempre detto che era l'ufficiale più bello e più elegante”.

Amore e ginnastica si potrebbe dire. Ma si può dire qualcosa di più.

Nessuna incrinatura in questa figura così rigida?

Sì. Verso la fine della guerra la famiglia torna nella casa natale di C.B. Durante uno degli ultimi allarmi aerei, C.B. ha cinque anni, il padre decide che la famiglia non sarebbe scesa in rifugio.

“Piuttosto moriamo tutti insieme”.

Non posso non chiedermi: è questo il segnale della fine che, come sintomo alimentare, C.B. non vorrà o non potrà più sentire quando mangia?

C'è dell'altro. Sempre alla stessa epoca, C.B. è fuori casa con la madre, quando sono sorpresi dall'allarme aereo. Corrono a precipizio verso un ponte della ferrovia, ma è sbarrato dai cavalli di frisia. Per i superstiziosi della logica del significante, per cui tutto ha un senso, devo ricordare che quel ponte ha un nome di genere alimentare, del genere primi piatti. Alla fine madre e figlio si devono rifugiare alla bell'e meglio sotto un portone.

Portoni, sotterranei, cantine, gallerie scavate nel fianco della montagna o nei terrapieni di una strada [, ma a posteriori posso aggiungere le foibe]: questi sono i rifugi dell'infanzia del piccolo C.B., a cui piaceva molto andare in rifugio, perché poteva giocare con gli altri bambini, che invece non poteva ricevere in casa. Lo sappiamo ancora una volta per testimonianza della madre.

Il ritorno a casa a guerra finita è legato nel ricordo di C.B. allo squallore della distruzione:

“Mancavano i vetri alle finestre. C’erano gli scarafaggi. Io dormivo nella sala da pranzo. Mi ricordo di un disegno astratto alla parete, che assomigliava a un bersaglio (piano con gli organi bersaglio!). I vicini di casa erano dei sarti. A me piaceva giocare con la calamita degli spilli”.

È ancora in compagnia della cugina. La sala da pranzo è il teatro dei loro giochi sessuali. Il bambino ricorda la curiosità di vedere come erano fatte le bambine e, un giorno, di aver avuto la netta sensazione che “il mio cosino era fatto per entrare lì”.

Fino a questo momento le abitudini alimentari ed escrementizie di C.B. erano normali. La legge paterna – evitare gli sprechi – era stata introiettata senza creare apparenti difficoltà. Anzi, in seguito diventerà la sua legge. Anche quando sarà costretto a mangiare pochissimo per paura di non digerire, quel pochissimo sarà sempre mangiato tutto. Il piatto non tornerà mai in cucina con avanzi.

Il primo sintomo alimentare è in rapporto alla cugina (ma il seguito che non riporto concerne anche la cucina). Racconta che avevano mangiato del tonno in scatola (in seguito correggerà: sardine sott’olio) e che, dopo aver fatto un esercizio ginnico insieme: la verticale a testa in giù, gli venne la nausea. Da allora ebbe sempre antipatia per i cibi in scatola, in particolare per i fagioli.

Durante le elementari C.B. si dimostra un bambino quieto. Ricorda però una lite sotto la neve con un bambino che lo prendeva in giro. Alle scuole medie, presso un istituto di religiosi, risalgono i primi sintomi ossessivi riguardanti le pratiche religiose: in particolare gli faceva problema il numero e la completezza delle orazioni. Retrospectivamente si giudica un immaturo, il cosiddetto “bravo ragazzo”, quello che le “signore” dicono di apprezzare. Non sa o non vuole sapere nulla di sesso. Anzi, prova ripugnanza per i propri genitali. In alcune fantasie di tortura, che C.B. vorrebbe dedicare ai violenti e agli emarginati della società (rapinatori e spacciatori di droga rappresentano i suoi bersagli preferiti), ne vengo a sapere di più sull’immagine del suo corpo.

“Io non soffro per le ferite. La vista del sangue, anche mio, non mi spaventa. Sopporto anche l’alcol sulle ferite. Ma quello che non posso sopportare sono le scottature, la pelle che si scolla con quel liquido dentro”.

Da questo punto di vista le zone più delicate del proprio corpo sono i capezzoli, l’ombelico e il perineo. Non sopporterebbe l’idea di una tortura, per esempio di una scottatura, in una di queste zone. Udrò da C.B. in edizione riveduta ma non troppo corretta la stessa fantasia di supplizio che terrorizzava l’uomo dei topi. Come medico, figlio di dermatologo, non posso fare a meno di registrare l’equazione personale di C.B.: corpo = pelle. Un luogo comune. Ma un giorno commette un lapsus. A fine seduta esclama: “Ho i nervi a fior di pezzi”, come condensazione di corpo che va in pezzi quando la pelle si rompe.

Mi chiedo se, contro l’embriologia, lo stomaco che non digerisce non sia una seconda pelle. Come dilettante di topologia, immagino che il modello topologico del suo corpo potrebbe essere la bottiglia di Klein, quella bottiglia impossibile da riempire perché il fondo coincide con l’apertura. Sarebbe questo l’equivalente geometrico della situazione soggettiva di instabilità, ma anche di reciproca sostituibilità, tra inizio e fine. Con un granellino di sale per alleggerire la matematica. A questo punto dell’analisi il messaggio, quello che l’emittente riceve dal ricevente in forma invertita, come fanno i lacaniani, si sarebbe invertito. Non solo sempre iniziare senza mai finire, ma sempre

finire senza mai iniziare. Traspare qualcosa della castrazione come possibilità di transizione tra le due modalità topologiche. Lacan rivisita la castrazione freudiana come possibilità logica modale: qualcosa cessa di scriversi. [E decade dal registro della soggettività.]

Continuiamo l'anamnesi.

C.B. frequenta poco i suoi compagni di classe e preferibilmente i figli di amici o di parenti dei genitori. Tra questi, il rapporto più intenso è con una pseudocugina – molte delle sue amiche portano il titolo di cugina – di cui in seguito si innamorerà, ma debolmente. Dirà:

“Lei era innamorata di me, ma io non provavo un vero sentimento. E poi era troppo infantile per me. Giocavamo a fare i fidanzatini”.

Al termine delle scuole medie inferiori si colloca un episodio morboso di una certa entità: una pleurite essudativa. Ricorda che il medico disse: “Ha qualche cucchiata di liquido nei polmoni”. A partire da questa età – 13 anni – insorgono le prime difficoltà alimentari nel senso di difficoltà di assunzione del cibo, che per ora si manifestano solo nel fare attenzione a non esagerare a mangiare. È pure di questo periodo un trauma sessuale: l'aver visto, e addirittura voluto vedere, la madre nuda.

“Provai un grande senso di colpa. Lo confessai a mia madre che mi tranquillizzò. Intendiamoci – mi fa come per ottenere la tranquillizzazione anche da me – ho visto solo il seno, perché a quei tempi per me la donna era solo quello”.

Il cinema dell'epoca lo conferma. Oggi, con la televisione, C.B. non va più al cinema. Forse non troverebbe più quella conferma.

Passando dal liceo all'Università, la sintomatologia ossessiva cambia target: si sposta dalla religiosità allo studio. Vi si applica per lunghe ore con il puntiglio di capire, ma si distrae continuamente. L'attenzione non si fissa sul testo che per pochi minuti. Poi il suo pensiero vaga. Si direbbe – senza fine. Anche il suo corpo vaga per casa senza meta. Va in cucina a “becchettare” qualcosa dal frigo, in gabinetto a urinare, quasi una pollachiuria. All'orizzonte la depressione. Con sempre maggior peso sente la propria immaturità sessuale. La precedente copertura, quella che va dal “bravo ragazzo” all’“ometto giudizioso”, cadrà progressivamente negli anni che vanno dal liceo all'Università, per lasciar posto a un crescente senso di vacuità della propria vita, che nel periodo peggiore della malattia diventerà una vera disistima di sé.

È difficile tagliare con date precise lo sviluppo dall'adolescenza alla giovinezza, Tuttavia, va detto che durante questo periodo si stabilisce tra il padre e la madre di C.B. si va stabilendo una singolare contrapposizione nell'orientamento educativo del figlio. Il padre, all'antica anche se più giovane, pretendeva che il figlio non uscisse troppo di casa, che non frequentasse amicizie sconosciute. Perché? Come al solito, come tutte le idee del padre, anche questa non si poteva discutere. Al di là di vaghe considerazioni sui pericoli del mondo – la droga? Non se ne parlava ancora, anche se C.B. ne parla spesso – C.B. non sa riportare serie giustificazioni. Al contrario, la madre voleva che il figlio uscisse di casa, si divertisse, facesse dello sport, conoscesse gente. Per raggiungere questo scopo, che in certa misura era voluto anche dal figlio, la madre mentiva al padre sulle uscite del figlio, per esempio sull'andare in piscina. C.B. giustifica la madre:

“Non erano bugie vere e proprie; primo, perché non c'era niente di male ad andare in piscina; secondo, perché mio padre non avrebbe mai cambiato idea”.

Inutile dire che padre e madre non uscivano mai di casa per divertimento: andare al cinema o a fare una gita. Il padre, impiegato in una nota ditta petrolchimica, arrivava a casa alle 18 per il rito del pasto serale e tutto terminava davanti alla televisione.

Per conto suo, C.B., anche se usciva di casa, non prendeva mai impegni o responsabilità rilevanti. L'amicizia più intensa del liceo è quella con un compagno con cui condivideva l'hobby dell'astronomia.

“Ma l'amicizia non continuò dopo il liceo, anche perché era molto più ricco di me. All'università, invece, avevo un amico della mia stessa condizione sociale e con la mia stessa mentalità”.

Grande sarà la sua delusione, quando scoprirà che anche questo amico era in realtà più ricco di lui – questa volta in fatto di conoscenze sessuali. Quando C.B. si riferisce alla propria giovinezza, esprime la nostalgia per un tempo spensierato, che non ha potuto né vivere né godere.

L'interesse di C.B. per le materie scientifiche gli permette di prendere, pur senza eccellere, una laurea in chimica. In proposito dice:

“Da ragazzo aspiravo a diventare un grande scienziato. Poi, con la difficoltà degli studi, mi sono accorto di non possedere un'intelligenza abbastanza brillante da intraprendere la carriera della ricerca pura. Però ho sempre coltivato l'idea di diventare un buon tecnico, riconosciuto dai superiori per la capacità professionale. In seguito ho dovuto rinunciare anche a questa aspirazione, un po' per la mia malattia e un po' perché nel mondo del lavoro si va avanti non per meriti professionali ma per l'abilità nel “leccare” i capi”.

Questo discorso era destinato a suscitare le mie simpatie, tanto che per un po' di tempo non mi accorgo che è un discorso modellato sul discorso dell'altro. Infatti, la madre di C.B. dirà alla futura nuora: “Sa, mio figlio non ha grosse aspirazioni”.

C.B. trova lavoro dapprima in una ditta di filati e successivamente nella stessa ditta dove era impiegato il padre. Anche a questo riguardo una delusione lo attendeva: scoprire che il padre non vi aveva fatto una grande carriera.

“Probabilmente perché era troppo onesto e non sapeva adattarsi ai compromessi”.

E si arriva al 1963.

C.B. ha 23 anni e il padre, dopo una breve malattia, di cui sia la madre sia il figlio gli avevano nascosto la gravità, muore di cancro polmonare. Nel breve scorcio di tempo del decorso della malattia, tra padre e figlio si riapre un rapporto di parola. Tempestosa. Al figlio che vuole spostare i mobili della sala da pranzo, il padre si oppone fermamente dicendo: “Non sono ancora morto. Qui comando io. Quando sarò morto, allora prenderai in mano il bastone del comando.” Certo, questo padre dovette stupire non poco il figlio, quando formulò il desiderio di avere un televisore nuovo extra piatto, mentre il vecchio funzionava ancora bene. L'autore della legge antispreco si metteva al di sopra di essa. Un esempio di *overruling*. Quanto tempo era passato dall'episodio della banana? Bastarono 18 anni. La banana non fu comprata, ma il televisore a cristalli liquidi sì.

Quella vecchia storia di frutta ebbe un altro sconcertante seguito. Il padre era un forte mangiatore e amava mangiare molto condito e piccante (come C.B. del resto, quando mangia) e bere bene, un po' al di sopra dei minimi ritenuti fisiologici. Siamo agli ultimi giorni di vita del padre e C.B. gli prepara un piatto di albicocche snocciolate. Fin qui

nulla di strano. Il fatto è che, davanti a tutti i parenti, il figlio presenta al padre il piatto con queste precise parole: “Ecco il pasto della belva!”. Gelo in sala, per un piatto che non era da belve.

La morte del padre sopraggiunge dopo un'enorme scarica di feci, avvenuta su di una “comoda”, che madre e figlio avevano allestito, ricavandola da una seggiola da campeggio. C.B. ricorda l'ultimo gesto compiuto per il padre: una corsa tanto folle quanto inutile in farmacia per comprare una medicina per lui.

“Correvo perché mi sentivo in colpa per non aver fatto per mio padre tutto quel che avrei potuto fare”.

Erano le sette di sera.

Dopo la morte del padre, per C.B. inizia un periodo relativamente buono. Il padre ha lasciato una forte liquidazione e un immobile a Trieste.

“Quando vendetti quell'immobile, con tutti quei soldi in tasca, la sera, sul rapido per Milano, mi sentivo un *magnate*”.

Adesso esce un po' di più di casa. La madre lo aspetta per mangiare. Riaffronta la questione sessuale. La prima masturbazione – dice – la esegue per curiosità. Ha preso in mano il bastone del comando? Parrebbe, ma il bastone non funziona molto. Tentativi di rapporti falliti con prostitute. Scarsi anche i flirt, praticamente solo due, il secondo con la moglie, che porta lo stesso nome della cugina ed è maestra elementare come la madre.

A 29 anni, con il matrimonio, la malattia conclamata.

Già iniziata prima, precisamente durante un soggiorno all'estero per lavoro, la riduzione dell'assunzione di cibo si aggrava quantitativamente e qualitativamente. Da una parte, viene eliminato il primo piatto di pasta o di riso, perché meno digeribile (soprattutto il riso, secondo il codice gastronomico della madre, che “quasi mai faceva risotti”); dall'altro, si limita, almeno all'interno dei due pasti principali, ai soli cibi proteici. La precisazione ha un'importanza che può sfuggire. Mentre i pasti del mezzogiorno e della sera si svuotano progressivamente di contenuto e, per eliminazioni progressive delle incognite digestive, si direbbe in linguaggio matematico, arrivano al solo pollo lesso, nell'arco della giornata e talvolta della nottata proliferano numerosi mini-pasti, costituiti soprattutto da pasticcini, alcolici e caffè.

Non è facile rendere l'idea della complessa strategia di determinazione dei tempi di assunzione del cibo e dell'approssimazione della quantità al valore “giusto”. Sembra che operi un programma ingegneristico di ottimizzazione in base al peso degli alimenti, il loro equivalente calorico, la loro digeribilità specifica, la forza litica dei digestivi, le virtù stimolanti e corroboranti dell'alcol nelle sue varie forme – aperitivo o digestivo. Tutti questi fattori confluiscono in un calcolo immaginario, che dovrebbe segnalare quando è finito il “peso” dell'assunzione precedente di cibo e dare il via libera all'assunzione successiva, al riparo dai rischi di un nuovo peso allo stomaco.

Durante un ricovero ospedaliero C.B. apprende d'avere scarsità di succhi gastrici e il gioco chimico – nel senso di produzione del chimo – è fatto. C.B. deve mangiare poco perché ha pochi succhi gastrici: manca di HCl, ha sentenziato il medico. Non posso tacere la mia irritazione di fronte a questo gioco perverso: da una parte l'intrusività del discorso medico, con le sue pretese terapeutiche precodificate; dall'altra l'ingenuità di C.B., spinta fino alla volontà di autoingannarsi in quanto malato di una malattia su base organica. Trappola anche per me, perché mi impediva di vedere dietro il gioco chimico

il gioco logico, anzi sofisticato, per cui se tutto è niente (poco), allora, mangiando niente (poco), posso dire di mangiare tutto senza trasgredire la legge paterna del non spreco.

Altri due sintomi completano il quadro clinico anoressico: diarree profuse e accessi di letargia. Le diarree sono esclusivamente mattutine. Vanno dalle due alle quattro scariche a cavallo della prima colazione. Ho l'impressione che C.B. combatta contro queste diarree, ma le sue armi sono spuntate. Non riesce a frenare quello che lui stesso definisce un "forte impulso". Dagli antibiotici alle spremute di limone, numerosi sono i tentativi di mettere un freno a questo andazzo. Regolarmente ogni tentativo "terapeutico" fallisce e ogni fallimento produce un nuovo tentativo, diverso dal precedente – può essere la variazione dell'orario di un mini-pasto, la variazione di un digestivo o del numero dei "gocce" di vino, nell'ipotesi che

"la digestione non deve andare troppo in fretta, altrimenti la diarrea sarà più abbondante".

D'altra parte affrettare la digestione è essenziale per non sentire peso allo stomaco e permettere il pasto successivo. Concludendo il ragionamento, C.B. deve tenersi la diarrea, questo sintomo che quando gli altri gli dicono: "Come ti trovo bene!", gli impedisce di rispondere: "Sì, ma veramente...". Altre volte parla della diarrea come di un sintomo infantile, per cui teme l'irrisione. Alla fine non gli resta che l'uso del tempo: alzarsi di buon'ora per dar tempo all'intestino di scaricarsi completamente, prima di recarsi al lavoro. Ad ogni modo, a scopo apotropaico, porta sempre con sé nel portafoglio della carta igienica e una bustina di talco. [C.B. non ha mai letto una pagina di Freud.]

Devo aggiungere che con il progredire del rapporto analitico la sintomatologia anale si incanala nel transfert, configurandosi sempre più chiaramente come alternanza di diarrea e stitichezza: diarrea nei giorni delle sedute – tre giorni alla settimana – stitichezza negli altri. La corrente alternata mette a dura prova – esattamente come l'alternanza fame/peso sullo stomaco – la ricerca di un sano equilibrio psicofisico. Ne risentono anche le emorroidi, che contribuiscono non poco alla fiera dell'analisi, aggiungendovi di proprio il sangue nelle feci (ano-ressia).

E vengo al terzo sintomo, per altro raro nell'anoressia classica: i colpi di sonno, come li chiama C.B., o accessi di letargia, come li chiama lo psichiatra. In un certo senso sono scariche violente di sonno come le diarree. Lo colgono di sorpresa nell'arco di tempo che va dal primo pomeriggio, sul lavoro, alla sera dopo cena, durante il chilo televisivo.

La comparsa di questo sintomo è posteriore alle diarree ed è associata al ricovero ospedaliero, avuto prima di venire da me. Durante tale ricovero gli accessi di letargia gli hanno causato cadute a terra simil-epiletiche (EEG normale). C.B. parla spesso di questo sintomo, definendolo catalessi. Ne esce molto disturbato, "perché non è come un sonno normale". Gli psichiatri di un tempo conoscevano bene la catalessi isterica. Gli psicanalisti dovrebbero ricordare qualcosa del sonno ipnotico, con cui anche il loro padre fondatore si gingillava. Ebbene, C.B. non ne sa meno di tutti costoro a questo proposito. [L'unica cosa che non sa è chi lo ipnotizzi.]

Quando C.B. giunge da me, la malattia compromette seriamente non solo la sua vita vegetativa, ma anche la sua vita di relazione, di per sé già povera. La vita sessuale è addirittura misera: due soli rapporti con la moglie, uno per un aborto spontaneo, l'altro per una figlia sana. Eseguiti controlli endocrinologici: tutto normale.

Sul lavoro C.B. si descrive come un soggetto poco brillante, pieno di dubbi e di esitazioni, che non prende la parola se non interrogato e, anche allora, se non è scientificamente sicuro di quel che deve dire, con molte difficoltà. Come ho già detto, si

lamenta di avere poca memoria e di essere costretto a prendere appunti. Alla prima seduta mi presenta un foglietto di appunti con tutti i suoi sintomi.

“Io non sarei capace di improvvisare un discorso, neppure su di un lavoro che ho fatto io e che conosco bene”.

A questo proposito mi colpisce un’eccezione. Un ingegnere anziano presenta al suo capo il progetto di un impianto. Improvvisamente, C.B. si rende conto che lo stesso impianto si può realizzare senza l’uso di una pompa. Lo dimostra vigorosamente e lo realizza meritando gli elogi del capo. Non a torto: una pompa in più sarebbe stato uno spreco notevole. La paterna legge antispreco è arrivata fin qui.

Attualmente è stato trasferito dal settore tecnico, a diretto contatto con gli impianti, al settore tecnologico, prevalentemente di studio teorico. La giustificazione è la malattia, che gli impedisce una vita dinamica senza orari fissi. Il passaggio equivale però a un arresto di carriera. Colleghi più giovani di lui, a cui lui stesso aveva insegnato i segreti del mestiere, lo scavalcano. Il fatto non suscita apparenti forti aggressività di C.B. nei confronti dei concorrenti. La malattia lo mantiene in uno statuto privilegiato di infermo, a cui tutto è concesso e nulla di impegnativo è richiesto. La competizione è sempre rimandata a dopo. L’unica occasione in cui C.B. diventa competitivo è durante la guida della macchina. Gli piace fregare il posto a chi è in coda o partire prima del verde al semaforo. “Ma credo che per tutti sia così”. Questa è la formula di rito – l’universale positiva – con cui apprendo da C.B. le cose che lo riguardano personalmente.⁶

Gli interessi culturali, anche questi ridotti a zero. A un certo punto, C.B. non legge neppure più il giornale. Il colmo per un soggetto con l’*hobby* dell’astronomia, la curiosità allo stato puro. Tuttavia, qualcosa dell’antica curiosità – la Klein parlava di pulsione epistemofilica – è rimasto e ha reso possibile il lavoro psicanalitico. Pur essendo di mentalità tecnico-scientifica – spesso me lo ricorda, come dire: “Mica un umanista come lei” – C.B. non disdegna l’introspezione. Quando si tuffa in analisi introspettive, ne riemerge con autoritratti, per lo più convenzionali – per esempio, carattere debole – ma altre volte pertinenti. Ad esempio,

“sono uno che, preso il vizio, non sa resistere all’eccesso; per questo non ho mai cominciato a fumare”;

oppure

“io non sono un buon psicologo”,

e in questo ho fatto del mio meglio per seguirlo.

⁶ [“Tutti sono così”. Per Aristotele “tutti” è il soggetto; “sono così” è il predicato. Per Frege “tutti” cessa di essere soggetto e diventa il quantificatore di una variabile: “per ogni x , x è così”. La rivoluzione della logica matematica moderna è la desoggettivazione. C.B. è premoderno.]

L'analisi come (im)possibilità dell'analisi

Non ho fatto fatica a raccogliere gli elementi di questa anamnesi e a ricomporla in un quadro coerente. Esso è stato fundamentalmente ricostruito da C.B. stesso con molta pazienza e buona volontà, quasi fosse un compito in classe – in seduta – durante i primi tre mesi di lavoro analitico.

[La ricostruzione c'è stata, ma la freudiana “costruzione” nell'analisi è stata più problematica e forse è rimasta in gran parte incompiuta. Faccio questa annotazione *a posteriori* per segnalare quanto strutturalmente diverse siano dalle ricostruzioni mediche le costruzioni psicanalitiche. Le prime sono storiche, le seconde fantasmatiche. Le prime pretendono di essere oggettive, le seconde soggettive. Le prime rendono difficili, se non impossibili, le seconde. La psicanalisi medica non esiste, come hanno da sempre capito i medici prima degli psicanalisti, che hanno testardamente insistito per farsi riconoscere come terapeuti dai medici.]

C.B. mi dà tutte queste informazioni perché servano a me. Nel fare questo mi pone nel ruolo del medico che, per poter impostare correttamente la terapia, deve disporre della maggior quantità di informazioni. In un certo senso, non suppone che in me funzioni un sapere sul suo desiderio. [L'ipotesi lacaniana dell'origine del transfert dal soggetto supposto sapere sembra non funzionare in questo caso.]

Già dalla prima seduta il rapporto si imposta su questo binario. Arriva da me in compagnia della moglie alla fine di dicembre del 1973. Mi racconta la storia del suo ricovero, da cui è appena uscito, la storia dei suoi rapporti con i medici, fundamentalmente due: uno felice con un medico ebreo, che lo guidava con la forza della suggestione, uno meno felice con uno psichiatra che non volle prenderlo in cura, perché – diceva – il caso era molto difficile, essendo legato, non si sa come, a un istinto di morte e di autodistruzione. Appena iniziato a parlare, si interrompe per presentarmi un foglietto, scritto di suo pugno, dove in dieci punti

“c'è tutto quel che lei deve sapere di me, i miei vizi – così chiamerà sempre i suoi sintomi –, il mio modo di concepire il mondo, il mio carattere. Ho scritto queste cose per non dimenticarle”.

[Evidentemente C.B. non conosce il meglio di Platone, il filosofo che sosteneva che la scrittura serve a dimenticare.] Si vede che C.B. soffre ed è chiaro che chiede disperatamente aiuto. È venuto da me per guarire. Confesso che mi sento a disagio di fronte a una richiesta di guarigione più pressante che precisa. Affiorano in me resistenze all'atto medico, che conosco bene dai tempi delle mie prime esperienze in corsia, ancora ai tempi [dieci anni prima] dell'esame di patologia medica. Non mi nascondo le difficoltà del caso, dovuto soprattutto all'evidente e forte impegno organico e impatto sul corpo. [Tra parentesi, un corpo che non si trova descritto in nessun testo di medicina.] E poi il suo modo di presentare le cose già incasellate, il tono dimesso, le note ipocondriache, l'apparente assenza nella sua storia di eventi particolarmente significativi – i traumi di freudiana memoria – mi impediscono di vedere possibilità di sviluppo. In un certo senso sono, come lui, disperato, benché solo a livello intellettuale. Gli propongo – come *ultima ratio* – un'analisi, non risparmiandogli difficoltà né di tempo né di denaro. Su un unico punto cedo – ma l'avverto, temporaneamente – ed è sul fatto che le sedute siano di mattina,

“per non venire da lei dopo il pasto di mezzogiorno con l'incubo di non digerire”.

L'incubo del chilo era, infatti, troppo pesante per lui.

Prima di congedarlo, cedo alla tentazione del semi-medico e mi faccio dare l'elenco completo dei cibi che assume. Da almeno due anni il soggetto vive con poco più di 600 calorie giornaliere. Per un attimo mi sfiora l'idea di far rientrare nel calcolo delle calorie anche le medicine (e non era tanto assurdo, vista la mole di digestivi, tranquillanti, antidepressivi, anabolizzanti e ormoni di vario genere che C.B. assumeva). Non male come inizio, mi dicevo qualche tempo dopo. L'identificazione era già lì, sin dalle prime battute. Calcolatore C.B. e calcolatore quello che stentava a diventare il suo analista, [che da poco aveva lasciato l'Istituto di Biometria e Statistica medica della Facoltà di Medicina di Milano.]

Quando dice di non avere altri ricordi, lo faccio stendere sul lettino. Siamo a febbraio 1974, nel periodo della sua nascita. Le sedute iniziano secondo una modalità standard, che non abbandonerà mai: resoconto sulle diarree mattutine; resoconto su come ha dormito la notte, quante volte si è svegliato, se ha mangiato pasticcini notturni ("mi sono pasticciato dentro"); resoconto su minime variazioni dietetiche; sogni zero. Inizia questi resoconti con formule stereotipe del tipo: "Anche oggi niente novità", come per dire che le novità se le aspetta da me. Terminato il resoconto clinico – "fisico", come dice lui – si lamenta regolarmente di non avere nulla da dire, di non ricordarsi nulla, accusando me di non aiutarlo, perché non gli faccio domande. Trovato un addentellato qualsiasi lo sviluppa in modo monotematico per tutta la seduta. Non fossi avvezzo alle sedute brevi, parlerebbe della stessa cosa per 45 minuti. Invano attendo libere associazioni, quel vagare altrove della mente, che pure gli era abituale durante gli anni di studio.

Gli argomenti trattati sono:

1. DDD: *dieta*, *digestivi* e *diarree*, con *divagazioni*, non tutte deliranti, sulla *dinamica* della *digestione*, i suoi tempi, i suoi flussi, i suoi reflussi, i suoi prodotti, i suoi scarti e i suoi scarichi. Parla del reattore chimico digestivo come un ingegnere parlerebbe di un impianto petrolchimico di raffinazione.

2. L'indecisione ossessiva, dove si accavallano dubbi sulle chiavi della macchina, sui digestivi presi, sulla quantità di cibo e di alcol assunti o da assumere. Al riguardo il suo problema è di non saper mai dire con sicurezza, né prima né durante il pasto, se il cibo sarà stato troppo – al futuro anteriore –, nel qual caso avvertirà una penosa sensazione allo stomaco, o se sarà stato troppo poco, caso non meno spiacevole del precedente, perché la conseguente fame gli porrebbe il problema di una nuova assunzione di cibo, magari anzitempo rispetto al pasto regolare, con il pericolo di arrivare al pasto successivo con la digestione del precedente ancora da smaltire. Cosa che produrrebbe sicuramente un ingorgo nell'impianto. [Annotazione a margine: l'ossessivo non dubita delle proprie deduzioni; dubita degli assunti da cui partono. La sillogistica dell'ossessivo è sempre problematica, avrebbe detto Aristotele.]

3. Gli altri... che nervoso! Presenta un'immagine di sé come di un tipo solitario, compiaciuto della propria freddezza e misantropia. Parlandone, tuttavia, riconosce che la propria "mancanza di sentimenti", come la chiama, è una maschera.

Il cielo degli altri è diviso in due metà: le altre – la moglie, la figlia, la madre – e gli altri – le persone che lavorano con lui. [L'analista non è né altro né altra. Sarà oggetto?] Quando dice di voler fare qualcosa per gli altri, per esempio questa cura costosa, che dovrà guarirlo, intende le altre; quando parla del dolore che la sua morte provocherà è ancora in riferimento alle altre. [Oggi sulle Pagine Bianche non risulta più. Chissà...]

C'è un'altra distinzione nel campo degli altri, che non è completamente sovrapponibile a quella tra casa/fuori casa. Da una parte ci sono gli altri che possono mangiare, cioè i sani, e dall'altra ci sono gli altri (le altre), che devono sopportare dei sacrifici a causa sua. Nei confronti dei primi prova ora invidia ora fastidio, in quanto

potenziali disturbatori dei suoi delicati riti alimentari; nei confronti delle seconde prova, invece, un profondo senso di colpa.

Durante questa prima fase, C.B. spera che io lo curi. Spera, cioè, che dopo un certo periodo di tempo, da lui ritenuto preparatorio, io esegua l'intervento miracoloso, che lo libererà dalla malattia. In questa speranza rimane presto deluso, vedendo che le sedute si susseguono l'una dopo l'altra senza miracoli. Ciononostante la speranza nell'efficacia di una *mia* cura non viene mai meno. Si trasforma soltanto in tentativo di seduzione – seduzione poco seduttiva, come sanno sedurre gli ossessivi. Si dedica con impegno a ubbidire alla regola analitica del dire tutto, affinché *io* cambi al più presto metodo e ancora *io* trovi il metodo di cura adatto al suo caso. Non notando né variazioni nella procedura né variazioni nel suo stato clinico, la speranza si trasforma in aggressività nei miei confronti.

“Non vedo effetti”,

dice nella seduta in cui riferisce l'episodio dell'aver visto la madre nuda. Mi sembra l'occasione per tentare di spostare il discorso attraverso l'analisi del doppio senso.

“Non ha visto gli effetti...” e lascio il discorso in sospenso. Forse avrei dovuto aggiungere “di sua madre”. Ma credevo che un triestino, abituato ai *Witz*, avrebbe colto facilmente l'allusione debolmente scurrile. Risultato nessuno, o meglio, adesso sono io che non vedo effetti. Per C.B. Freud non solo non scrisse la *Traumdeutung*, ma neppure il saggio sul *Witz* e le sue relazioni con l'inconscio.

La situazione clinica peggiora. In casa C.B. è diventato insofferente anche alle premure della moglie. Mangia ancor meno e in modo più disordinato. È insonne durante la notte e sonnolento durante il giorno. Mi chiede più insistentemente che io intervenga sul piano medico. A suo modo riesce a strapparmi un equivalente simbolico attraverso un certificato di malattia per la ditta. E non si ferma lì. A un certo punto la situazione diventa per me e per lui tanto insopportabile che lo rinvio all'ospedale, da cui è stato dimesso, per un controllo. Ritorna con la prescrizione di un lisato proteico, che d'ora in poi diventerà un fattore integrante della sua dieta. La medicina non capisce nulla di soggetto, ma a volte centra l'oggetto.

“Lo prendo sciolto nel tè”.

[Vuole dissolvermi?]

“Non ha provato a scioglierlo nel latte?”, chiedo con la vera intenzione di orientarmi.

“No, il latte no. Per il latte non ho mai avuto insofferenza, ma adesso temo di non digerirlo come gli altri cibi, la pasta, il riso, ecc.”.

Il primo cibo come i primi piatti. Ma non comunico l'interpretazione troppo spiritosa. Voglio punirlo per la gita dal medico.

Le calorie passano da 600 a 900. Mi sembra di avere un maggior margine di manovra. Decido di non sprecare le domande intelligenti. Tuttavia sono in difficoltà. L'essere posto nel ruolo di medico mi è insostenibile. Cerco sostegni collaterali. È come se dicessi: “Io non sono il medico che tu vuoi”, invece di dire: “Tu vuoi un'altra cosa dal medico”. [Il mio abbandono della medicina, prima con la statistica medica, poi con la psicanalisi non è, evidentemente, risolto senza conflitti, si direbbe in freudese.] Lo invio per un ennesimo controllo da un endocrinologo, mio amico, che mi manda addirittura pazienti. Ma non emergono novità.

La sfida terapeutica, la provocazione medica che mi mette nell'angolo – sono effettivamente nell'angolo con la mia poltrona – diventa sempre più precisa man mano che la situazione clinica peggiora. C.B. produce alternativamente fantasie di morte e di ricovero ospedaliero. Passa da singole affermazioni angosciate come:

“Meglio morire, così smetto di far soffrire gli altri”,

a discorsi programmatici come:

“Mi rendo conto che la sua cura, se pure darà risultati, li darà a lunga scadenza. A volte penso che sarebbe meglio un ricovero in una clinica specializzata, mi esaminino da tutti i punti di vista e mi diano le cure appropriate, non escluso un intervento chirurgico (naturalmente allo stomaco). Anche se il ricovero dovesse durare un mese o due e costarmi tantissimo, varrebbe sempre la pena di tentare, purché sia la volta buona”.

Dopo tre mesi di trattamento è a un punto tale di denutrizione, depressione e aggressività, che io stesso ritengo necessario il ricovero. La medicina la vince sulla psicanalisi. In realtà mi sento sconfitto. All’ultima seduta gli comunico, disperato, che il ricovero è il risultato di una resistenza alla cura. Ricordo di aver esitato molto prima di uscire con questa sciocchezza. Di solito non pratico l’analisi delle resistenze, che non siano le mie. Il motivo è semplice. Se il soggetto resiste, allora può utilizzare a vantaggio della resistenza qualunque riferimento ad essa gli venga offerto. Se il soggetto non resiste, non c’è motivo di analizzare le resistenze. Nel caso C.B. il riferimento alla resistenza, pur evidentissima, era rischioso per un altro verso. Infatti, dopo tante insistenze da parte sua in quel momento stavo rispondendo a C.B. che chiedeva la *mia* cura. Gli stavo dicendo: “Finora l’analisi è stata uno scherzo. La vera cura è la cura medica in ospedale”. Orbene, C.B. avrebbe potuto ragionare così:

“La cura in ospedale è la cura medica. È la *sua* cura, perché lei è medico. Allora che bisogno c’è di resistere all’analisi, se la vera cura è in ospedale?”.

Il fatto è che in quel momento, se mai c’era una posizione da correggere, una resistenza da superare, quella era mia. Resistevo ad assumere le sembianze del medico. Il fallimento imminente dell’analisi lo dimostrava. Involontariamente, mi salvai in corner, forse grazie alla mia laurea in medicina. Ricoverandolo in ospedale, assumevo finalmente ai suoi occhi le sembianze del medico e l’analisi avrebbe potuto continuare dopo il ricovero. Salutandomi dopo la seduta mi guardò fisso negli occhi, come per dirmi che aveva capito. Ricambiai lo sguardo stupito. Confesso che non me l’aspettavo. Non capivo che aveva capito.

A posteriori ritengo che l’effetto ottenuto – la continuazione dell’analisi – sia da ascrivere all’esitazione di quel momento, all’oscillazione dell’analista tra una posizione di forza, esplicitamente legata alla funzione di potere, di maestria, di autorità, di paternità, tipica del medico, e la posizione di debolezza, a metà tra contraddizione, paradosso, ambiguità e sorpresa, tipica dello... psicanalista. “Come?! – avrebbe potuto dire C.B. – cercavo proprio questo e adesso lui mi dice che l’avevo lì ma non lo volevo”. Il fraintendimento nella comunicazione avrebbe potuto riaprire il processo analitico. Ad ogni buon conto io vado regolarmente a trovarlo in ospedale. Devo fare il medico o no?

Durante l’assenza di C.B. ho modo di riflettere sull’unico sogno che, sconvolto, mi ha portato poco prima del ricovero.

“Siamo in tre: io, una mia amica d’infanzia e suo marito. Abbiamo un rapporto sessuale con la donna: il marito davanti e io di dietro”.

L'amica è una delle sue pseudocugine, che ha avuto disturbi anoressici alternati a bulimia, da cui si è liberata improvvisamente con uno sforzo di volontà. Separata dal marito, vive in una grande città del Sud. Il marito, ammalato di epatite virale, muore poco prima che il paziente entri in analisi. C'è un'associazione di idee tra questo marito e il padre di C.B., al quale fu diagnostica un'insufficienza epatica, per cui gli fu consigliato dai medici di ridurre l'alimentazione e l'alcol. C.B. esprime il desiderio di liberarsi della propria malattia come ha fatto la donna del sogno. Esclude però categoricamente di aver mai provato impulsi erotici per costei come nel sogno.

Sul momento di questo sogno non riesco a farmene granché ai fini della cura, [come spesso mi capita con i sogni esplicitamente edipici]. È come se fosse in anticipo sulle possibilità di ricezione di C.B. Registro e tengo per me la situazione edipica, una situazione dove il figlio nega la castrazione immaginaria, copulando con la madre insieme al padre. "C'è posto per due", sembra dire. Questo, tuttavia, non significa automaticamente che ci sia posto per il terzo.

Il ricovero dura 40 giorni. Viene rimesso in sesto dal punto di vista del bilancio calorico, non senza rischi. Infatti, si registra un episodio di edema generalizzato, dai medici imputato all'eccessivo carico di fleboclisi. Versione che mi lascia perplesso.

Dopo l'interruzione, l'analisi riprende con il soggetto che si interroga sul perché non abbia voluto curarlo con medicine.

"Dopo tutto, lei è laureato in medicina".

Prima del ricovero, formulava questa ipotesi:

"Lei vuole portarmi al massimo della crisi, per poter studiare meglio la situazione fisica e la mia psicologia".

Dopo il ricovero, di fronte a un miglioramento clinico, che gli permette di riprendere parzialmente il lavoro, C.B. formula questa ipotesi:

"Con la crisi che ho appena attraversato lei ha voluto farmi prendere uno spavento tale, che adesso sono costretto a mangiare di più per non ricadere in una crisi simile."

Non intervengo a correggere questo pensiero. Il soggetto è un costruttore di ipotesi. Per tutta la fase precedente mi aveva annoiato con ipotesi fantascientifiche sul ciclo assunzione di cibo/eliminazione di feci. Funziona il circuito fantasmatico, o piuttosto il cortocircuito: bocca/buco. L'attraversamento del canale alimentare avviene troppo in fretta perché l'assorbimento del cibo sia completo. La diarrea ne sarebbe la testimonianza: sarebbe un residuo eccessivo di liquidi non assorbiti. [All'epoca non avevo ancora sviluppato la topologia dell'oggetto pieno, che attraversa il vuoto del soggetto, quindi ho dovuto lavorare come potevo con la mia ignoranza.]

Con la prospettiva della normalizzazione del traffico lungo il canale alimentare – il programma, formulato con le sue parole, recita: "non devo pasticciarmi lo stomaco" – inizia la seconda fase dell'analisi, o meglio ricomincia l'analisi su di un altro registro, quello della rieducazione. Nel nuovo assetto l'analista occupa il posto dell'educatore, l'analizzante dell'educando. La riabilitazione della funzione è lo scopo a breve termine della cura, il riequilibrio della personalità lo scopo a lungo termine, l'applicazione assidua della buona volontà il metodo. Noto che il tema del riequilibrio è molto insistito. La situazione che mi si prospetta è quella tipica della fisioterapia: riabilitare la muscolatura, liscia in questo caso – un lavoro ai limiti della psicomotricità e della psicosomatica.

Accetto più facilmente il mio nuovo ruolo. Sono stato circuito? La domanda che mi pongo è: “Da dove devo educarlo? Da dove devo tirarlo fuori”? La domanda di luogo mi sembra feconda per l’analisi, in quanto offre al soggetto la possibilità di cercare qualcosa di suo. In effetti, prima cercava la mia cura, adesso la sua educazione.

Durante il ricovero C.B. legge un libro divulgativo di psicanalisi e si entusiasma all’idea di poter trovare un “punto nero”, un “buco”, uno “scoglio”, scoperto il quale la malattia dovrà sparire. Evidentemente, la nuova impostazione rieducativa non ha liberato il campo dal vecchio atteggiamento ippocratico: c’è una causa della malattia, tolta la quale si toglie la malattia. L’entusiasmo – direi della regressione – è pronto e altrettanto pronta sarà la delusione quando, anche questa volta, non troverà aiuto in me. [Provenendo dalla formazione statistica, per me la causa è sempre stata una nozione non scientifica. In statistica si danno solo correlazioni, non cause. Come terapeuta non me la sentivo di avallare la fallacia eziologica, anche se sull’argomento non avevo un discorso ben strutturato come adesso.]

Nel frattempo diamo corso a un pesante lavoro di estenuazione della pulsione epistemofilica – variante della pulsione anale. [Il soggetto non vuole sapere, mi hanno insegnato. Vuol dire che mi hanno insegnato qualcosa di falso. Capita in tutte le scuole.]

Tutte le ipotesi dell’ingegneria idraulica e della bioalchimia vengono da C.B. esplorate e finalmente prospettate a me perché decida, sulla base del mio sapere, quale rende meglio delle altre conto della sua situazione clinica. Giustifica questo suo atteggiamento con le parole:

“Sa, io sono un tecnico. Mi piace vedere le cose chiare, ben concatenate. Non mi piace lasciare niente nel vago, nell’incertezza. Purtroppo qui da lei è impossibile. Si parla, si parla, si rimane sempre nel vago, senza arrivare mai alla conclusione”.

Se dobbiamo credere a Lacan che l’impossibile è il reale del rapporto, ecc one un esempio. Lo conosciamo già dal sintomo di C.B.: l’impossibilità di concludere, di finire. Verbo transitivo o intransitivo: diarrea o stitichezza? Finire il padre o farla finita con il padre?

Di tutti questi vagabondaggi nel campo del sapere dell’altro, il risultato è per C.B. un crescente senso di delusione, che lo fa alzare dal lettino dicendo:

“Anche oggi mi sembra di non aver combinato nulla”

e che lo fa stendere sul lettino la volta successiva con la preoccupazione di trovare qualcosa di utile.

A proposito di utile, il ricovero conferma un altro tratto anale del suo carattere: la parsimonia e la tendenza all’accumulo, per esempio di formaggini e di biscotti,

“perché potrei averne bisogno di notte, svegliandomi all’improvviso con la fame”.

Il fatto che più lo colpisce durante il ricovero è la scomparsa improvvisa delle diarree. Ciò mette in discussione tutto il suo castello interpretativo, che metteva in relazione l’*output* – la merda – con l’*input* – i cibi e i farmaci. [Nell’economia del soggetto c’è qualcosa che esce senza essere mai entrato ed entra senza uscire mai. Il bilancio non è a somma zero.] Gli si affaccia l’ipotesi che l’ospedale sia un rifugio, una “cuccia”. Io sono tanto sorpreso che cominci ad analizzare, che mi lascio sfuggire l’occasione per fargli notare che gli è sempre piaciuto andare in rifugio.

Raccontandomi delle sue passeggiate nel parco della clinica, dove è stato ultimamente ricoverato, C.B. associa il ricordo delle passeggiate domenicali con il

padre. Siamo nell'ordine di idee di padrone e cane? È la pista che seguo, certamente identificandomi con il cane. Il problema è che C.B. mi identifica con il padrone. Mi chiede di frustarlo (*sic*).

“Se lei fosse uno psicologo, mi frusterebbe. Mi direbbe: ‘Non beva più, perché le fa male’.”

Medico, psicologo o educatore, sono sempre l'altro onnipotente, che conosce il suo bene. La trappola del bene è sempre lì da millenni, pronta a scattare per asservire il soggetto al padrone. La domanda di aiuto è insistente, ripetitiva e infantile. È tanto più strana e insensata, quanto meglio C.B. riesce a cavarsela senza il mio aiuto. +17 kg di incremento di peso in un anno non è poco, ma evidentemente non era questo che mi chiedeva. Sto imparando che l'analisi non si fa sul piano della realtà.

Ma, allora, la domanda d'aiuto, pur così pressante, che cosa significa?

La risposta del caso è semplice e istruttiva per la formazione dell'analista, [che è sostanzialmente differente dalla formazione dello psicoterapeuta]. La domanda non significa assolutamente nulla. La domanda è un luogo topologico, dove si rende evidente la struttura del soggetto, il suo fantasma, detto in termini lacaniani. La domanda è quel luogo del discorso dove si presentano i significanti fondamentali, quelli che rappresentano il soggetto nella sua storia. Seguendo la loro concatenazione, come un filo di Arianna, si può “aiutare” il soggetto a uscire dalle trappole degli inganni auto ed eteroriferiti, in cui si è rifugiato per tanto tempo – innanzitutto dall'inganno del Bene con la B maiuscola.

Un esempio. Una versione della domanda è la richiesta d'appoggio, particolarmente urgente in relazione all'alcolismo. C.B. ha ripreso a bere, soprattutto al pomeriggio sul lavoro. Ma non è più come prima. L'alcol non è più in funzione della digestione, attuale o ventura, né gioca il ruolo di integratore calorico. L'alcol è diventato un vizio progressivo [– l'analisi cura una malattia passando a un'altra]. Come sempre, C.B. ha paura dell'eccesso e ragionevolmente mi chiede di farlo smettere. Come? Non lo sa. Probabilmente obbligandolo a seguire un programma di svezzamento progressivo, uno di quelli che, secondo lui, gli psicologi conoscono bene. Mi dice:

“Ho ricominciato a bere grappa”.

“Bravo, si aggrappa alla grappa”.

“A lei piace fare giochi di parole”.

Vero, cos'altro può fare un analista? Ma il mio programma era proprio quello di educarlo – dopo tutto era lui che mi chiedeva un'educazione – all'aspetto simbolico della sua malattia. È un programma che gli comunico quando, stanco di tutti i falsi nessi costruiti sugli eventi del proprio corpo, mi chiede come deve fare per orientarsi. “Prenda i suoi sintomi come simboli di qualcosa”. Gli analisti, si sa, non dovrebbero dare consigli. Gli analisti lacaniani, poi, dovrebbero sapere che il registro simbolico non rappresenta qualcosa – il referente – ma qualcuno per qualcun altro. Se ce ne fosse bisogno, questo caso dimostra che ogni caso è un errore, una svista, direbbe Lacan. In ogni caso, il mio consiglio, come consiglio, era vuoto. Era piuttosto una manovra un po' intellettualistica – lo riconosco – ma adatta al clima di ossessione monomaniacale in cui operavo – una diversione – direi oggi – per far progredire l'analisi o, almeno, tanto speravo. Dopo tutto la bottiglia di grappa, che si può riempire e svuotare meglio di quella di Klein, poteva servire a C.B. per articolare meglio il suo particolarissimo *Fort/da*, vuoto/pieno, inizio/fine.

I due grandi temi trattati per sei mesi dopo il ricovero sono la difficoltà ad accettare lo spreco [oggi direi l'oggetto del desiderio] e la mancanza o aridità di sentimenti, sempre nel sottinteso che l'analisi avrebbe dovuto abituare progressivamente C.B. a correggersi da questi vizi. Vien ribadito che lo spreco è connesso con la legge paterna e con il senso di colpa. La diarrea sarebbe, secondo la mitologia dove la punizione mantiene la colpa, la punizione per un reato le cui coordinate non emergono in questa prima fase del rapporto analitico. La colpa per il bere [– colpa per essersi identificato al padre che beveva –] e la connessione con la corrispondente punizione, cioè la diarrea, anch'essa liquida come la colpa, emergerà solo più avanti nell'analisi.

All'estremo opposto dello spreco [quindi inconsciamente equivalente] si colloca la dichiarata mancanza di sentimenti, nei confronti della quale C.B. comincia a sospettare che si tratti di un eccesso mascherato da freddezza esteriore. L'ulteriore analisi dimostrerà l'esattezza di questa congettura attraverso quelli che C.B. chiamerà “scoppi di sentimenti”. La sua voce si incrina quando il discorso tocca certi temi, per esempio il distacco dal padre, il distacco dalla madre, traccia simbolica della castrazione.

“Spreco” è il significante *leader* di questo primo anno di analisi. Intorno ad esso si raccoglie una serie di termini uguali e opposti: spreco di attività, tipico dell'anoressia, e pigrizia, spreco di denaro e taccagneria, spreco di sentimenti e aridità. Lacerato dalle alternanze non meno che dalle alternative, C.B. si propone come modello per la sua educazione, l'irraggiungibile punto medio tra i due estremi.

“E lo spreco di liquidi?” chiedo io.

“Eh già, anche la diarrea è uno spreco”.

La conclusione logica del ragionamento avrebbe dovuto essere: “Allora, l'anoressia è un modo per impedire lo spreco dei cibi” e avrei potuto, forse, far emergere qualcosa concernente la castrazione simbolica, quella operata dalla legge del padre: “Nulla si spreca” – legge contemporaneamente attesa e disattesa nella sentenza: “Nulla (la madre) si mangia”.

[Ai tempi non possedevo ancora la teoria, che ho elaborato successivamente. L'oggetto dell'anoressia è il nulla. Ma il nulla non è un vero oggetto, perché è vuoto dentro. Allora, l'anoressia adotta una soluzione perversa: prende come oggetto l'altro soggetto. Si direbbe che ho ricalcato questa teoria sul caso C.B.]

Ebbene, non feci quell'intervento un po' dottrinario, non tanto per non indottrinare l'analizzante, quanto perché in quel momento ero occupato da una mia fantasia: non una fantasia di gravidanza, come gli esperti potrebbero immaginare – un fantasma classico dell'anoressia – ma... nessuno ci crederà: l'eruzione di Pompei.

Siamo negli scavi di Pompei e il piccolo C.B., ma dovrei dire il *mio* piccolo C.B., vede i due pompeiani sorpresi nell'amplesso dalle ceneri del vulcano.

“Ma dico!” dirà qualcuno.

Eppure, le coordinate simboliche entro cui inserire la mia fantasia non mancano e sono: la catena Pompei-pompa-rapporto-oro-fecale, il fonema *sc* nella catena *scoppiare-scavare-scappare-scopare*, alcuni lapsus spiritosi come le *valvole* endocrine e altri ormoni di cui non ricorda il nome (cortisonici). Le giustificazioni immaginarie sono ancora di più: il progetto senza pompa, le eruzioni di eczema perianale, le emorroidi che producono un terremoto di sangue, il buco nero o lo *scoglio* che l'analisi deve scoprire, l'aridità cinerea dei sentimenti – sentimenti ingessati, ma soprattutto l'immagine del corpo di C.B.: un corpo che non si riempie ma si svuota, simmetrico all'immagine dei due pompeiani, che non hanno corpo ma soltanto una cavità corporea esterna, che solo riempita dal gesso dell'archeologo può restituire una forma, come il negativo di una foto restituisce l'immagine positiva. [Al tempo non esistevano le foto digitali].

Che farmene di questa fantasia (non oso chiamarla congettura)? In fondo, non ero stato io che, sollecitato dalla domanda di rieducazione dell'analizzante, mi ero chiesto: "Da dove devo tirarlo fuori"? La fantasia rispondeva: dalle ceneri di Pompei. Meglio il silenzio. Devo precisare che oggi quella risposta sarebbe inutile. Oggi, anche il progetto educativo è tramontato e siamo in piena analisi, di cui non riferisco, perché si tratta del lungo e faticoso processo di riappropriazione [– in termine tecnico sarebbe *incorporazione* –] del materiale presentato. Aggiungo rapidamente: con esito terapeutico soddisfacente. C.B. non è diventato analista, ma vive meglio di prima.

Tuttavia, di quella fantasia ho fatto un uso bizzarro, che esce dagli schemi psicoterapeutici. Ho utilizzato un piccolissimo frammento, quasi un resto archeologico: la data del terremoto – non quella dell'eruzione – di Pompei.

Una seduta come tante altre. C.B. è depresso. Dice quel ha già detto tante volte:

"Io parlo, parlo, parlo, ma mi sembra di non arrivare mai a concludere. Se lei mi desse uno spunto iniziale..."

Rispondo e chiudo la seduta:

"Beh, le do uno spunto finale."

"Bene."

"Si informi di cosa è successo nel 63".

"Non quello, che è ovvio: la morte di mio padre".

Rimango interdetto, perché non mi aveva mai comunicato la data esatta dell'evento né io l'avevo mai chiesta (pessimo psichiatra!). Aggiungo:

"Nel 63 a.C."

La seduta dopo mi dice:

"Ho pensato che il suo intervento fosse una battuta per farmi capire l'inutilità di preparare prima quello che devo dire. Ho messo in connessione l'a.C. – penso B.C. – con la morte di mio padre, con il Cristo, con Dio. Ricordo che quando mio padre entrò in coma ho bestemmiato: "C'è un Dio..."

È il mio primo intervento che suscita un ricordo. Considero il rapporto analitico avviato e il mio resoconto concluso.

Qualcuno dirà: "Non ha voluto fare la parte del medico, quella dell'educatore ha voluto farla solo in parte, ma come pappagallo gli è riuscita abbastanza bene".

Qualcun altro capirà che l'analista lavora [con quel che non sa di sapere], *more often than not* in controsenso rispetto all'analizzante. Si tratta del controsenso fallico, cui l'analizzante, ma più spesso l'analista resistono.

Chiedetelo a C.B., con l'accento sulla *ì*.

(Conferenza clinica tenuta al Centre Culturel Français di Roma

30.1.1977)