

FABIOLA FORTUNA Ho fatto un sogno ma non lo voglio raccontare

Franca, quarant'anni, racconta di aver sognato una moltitudine di topi che uscivano da uno scantinato.

«I topi non mi piacciono!» osserva e poi dice: «Il giorno prima del sogno avevo chiamato una mia amica per farmi aiutare ad andare avanti nello studio, in quanto avevo molta difficoltà a concentrarmi e non riuscivo a farcela da sola».

Franca è una donna piena di risorse, ma, nonostante affermi che studiare è il suo grande desiderio, dimostra di avere bisogno di continui supporti per andare avanti.

Al racconto del sogno di Franca, e al discorso che vi associa, in cui emerge la grande fatica che sembra costarle seguire il proprio desiderio, fa eco Giulio, un uomo di circa 40 anni, entrato nel gruppo da pochi mesi. Quest'uomo, nel gruppo è piuttosto silenzioso, ma, le rare volte in cui prende la parola, mostra una modalità di espressione caratterizzata da continui ammiccamenti e battute di spirito. È un po' come se volesse dimostrare che lui nel gruppo ci sta e non ci sta.

Freud, in *Il mito di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, rileva come l'inconscio abbia il potere di influenzare la parola e quindi il linguaggio, sottolineando l'analogia che esiste tra i meccanismi che producono l'effetto comico e il lavoro psichico dei sogni.

In effetti, da questa caratteristica modalità di espressione di Giulio, si può già trarre qualche indicazione su come di fatto imposti la propria relazione con se stesso e con gli altri.

Questa volta però Giulio non indulge in battute, ma lapidariamente dichiara «Ho fatto un sogno ma non lo voglio raccontare».

A questa affermazione, rispondo sollecitandolo ad interrogarsi su quanto ha affermato e gli chiedo cosa voglia dire in realtà, visto che dalle sue parole si potrebbe dedurre quasi che lui nel gruppo si viene, ma quasi con l'intento di non lavorare davvero. Giulio a questo non replica.

Durante un gruppo di supervisione Maria, una giovane terapeuta, parla di un suo paziente, Francesco, che da un po' di tempo appare insofferente alle regole del setting: arriva spesso in ritardo, salta le sedute senza peraltro avvertire, salvo poi inviare messaggi in cui adduce varie scuse anche poco credibili (il traffico, un impegno familiare improvviso...). Maria, dice di aver provato a far riflettere il paziente circa cosa davvero gli stesse succedendo e questi gli avrebbe risposto affermando che lui non pensa niente, in fondo va in terapia solo “per abitudine”. «Di fronte a questa risposta – osserva Maria – sono rimasta senza parole».

Viviana, una paziente di circa cinquant’anni, viene da me da qualche mese perché preoccupata per i comportamenti del figlio adolescente: ribelle alle regole, ha iniziato a fare uso di sostanze e diventa sempre più “intrattabile”. Nel corso dei nostri incontri, gradualmente l'attenzione si sposta dal figlio, adorato e temuto, a sue questioni più personali. È capitato poi che, per problemi di lavoro, Viviana abbia saltato una seduta; la volta successiva, appena entra nello studio esclama: «Sà, dottoressa, non mi è mancata per niente!».

Ho scelto questi brevi riferimenti di clinica perché mi sono sembrati particolarmente pertinenti rispetto al tema della perversione o forse, sarebbe meglio dire, dei tratti di perversione che, a volte, emergono dai pazienti anche relativamente al modo in cui si pongono nei confronti della cura. I brani riportati riguardano pazienti diversi tra loro per età, per il tipo di richiesta iniziale, per ipotesi diagnostica: si tratta quindi di individui portatori di dimensioni soggettive apparentemente distanti tra loro che però poi si palesano come paradossalmente accomunati dal fatto che, ad un certo punto del loro percorso analitico manifestano improvvisamente una sorta di “insofferenza” proprio nei confronti del lavoro analitico stesso all'inizio ben accettato.

Il concetto di transfert negativo è noto a tutti i terapeuti, e lo stesso Freud vi si è imbattuto, ad esempio, in quello che ha descritto come *Un caso di omosessualità femminile* del 1917, uno dei saggi in cui, per l'appunto, tratta della perversione. Freud affronta il tema della perversione più volte nel corso della sua produzione teorica, con sempre nuove progressive elaborazioni e raffinamenti del pensiero, secondo il suo stile inconfondibile, così come si può vedere già a partire dal 1905 con *Tre saggi sulla sessualità*, fino al 1927, con il suo scritto *Il feticismo*. Dunque, Freud inizia a occuparsi della perversione nel 1905: egli è consapevole di come le sue teorie siano poco in sintonia con la morale del tempo, tanto che, in attesa della pubblicazione confessa a Fliess che si aspetta quasi «la scintilla che dia fuoco alla pira»¹.

In effetti, in una società estremamente formale come quella europea di inizi 900, in cui è molto potente il mito dell’innocenza infantile, suscita tanto scalpore la sua teoria, secondo la quale, fin dall’infanzia, la sessualità ha un ruolo centrale nello sviluppo psichico dell’individuo. Nel primo saggio egli si occupa specificatamente delle perversioni, prendendo spunto dai lavori sulla sessualità di Krafft-Ebing e Havelock Ellis, il cui intento era stato di sistematizzare le patologie a sfondo sessuale, in un ambito prevalentemente etico-giuridico. Tali lavori, meticolosamente descrittivi, servono a Freud per indagare sull’origine dei comportamenti perversi, basandosi sulle ipotesi già da lui formulate secondo cui alla base dei fenomeni isterici vi sarebbero fattori di natura sessuale:

Contestando i pregiudizi dell’epoca, egli rifiuta l’opinione più comune secondo cui le perversioni sono il risultato di una predisposizione costituzionale, considerandole piuttosto come il risultato di una “fissazione” nel corso dello sviluppo sessuale. Tale sviluppo sessuale, che Freud illustra con la teoria della libido, è caratterizzato da varie tappe (parla di tre fasi: orale, anale e fallica) ognuna delle quali può rappresentare possibili punti di “fissazione” di questo percorso. Il bambino, secondo Freud, ha una tendenza perversa polimorfa, nel senso che le varie parti del corpo presentano una intensa sensibilità erogena e le pulsioni sessuali infantili troverebbero quindi soddisfazione nelle forme più varie.

La possibilità di una fissazione, una stasi cioè della libido su una determinata parte del corpo, porta ad inevitabili conseguenze sullo sviluppo psichico dell’individuo. Tale “elettività” infatti tende a ridursi gradualmente nello sviluppo psicosessuale cosiddetto normale, fino ad arrivare ad una genitalità adulta; la perversione dell’adulto invece consisterebbe nella permanenza ad uno stadio precoce dello sviluppo sessuale caratterizzata dalla componente sessuale infantile che rimarrebbe fissata ad uno stadio precoce dello sviluppo psicosessuale stesso.

Questa ipotesi porta Freud a due conclusioni la prima delle è che il sintomo nevrotico può originarsi in parte anche da pulsioni sessuali anormali: i perversi, di fatto, compiono atti, i nevrotici invece sono portati ad immaginare sviluppando fantasie e sogni. La seconda conclusione invece si riferisce alla disposizione alla perversione che starebbe proprio nella normale costituzione infantile: «diciamo però ancora che la presunta costituzione, nella quale si trovano i germi di tutte le perversioni, sarà dimostrabile soltanto nel bambino, sebbene in esso tutte le pulsioni possano presentarsi solo con modesta entità.»

Qualche anno più tardi, in *Un bambino viene picchiato* (1919) e in *Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile* (1920), Freud riprende il discorso sulla perversione per evidenziare come in essa la questione edipica svolga un ruolo cruciale.

In *Un bambino viene picchiato*, Freud esamina le ricorrenti fantasie di percosse che aveva già avuto modo di riscontrare in alcuni suoi pazienti (4 donne e 2 uomini). La dettagliata analisi di queste fantasie, che vengono categorizzate in fasi, consente a Freud di approfondire la relazione fra il bambino e il godimento: le differenti fasi, inconse e conse, avrebbero pertanto, alla loro origine, il complesso di Edipo, in quanto la fantasia di percosse non sarebbe altro che il sostituto regressivo delle rappresentanze psichiche dell’amore incestuoso.

Nella analisi delle varie fasi delle fantasie di percosse Freud riesce anche a inquadrare l’origine del sadismo e del masochismo: la fantasia “mio padre picchia un bambino” pone in evidenza come il soggetto rimanga il preferito del padre in quanto ad essere picchiato è un altro, un rivale; questa fantasia pur soddisfacendo la gelosia del bambio apre la strada al senso di colpa legato all’amore per il padre; il senso di colpa sarà poi l’elemento principale implicato nel passaggio dal sadismo al masochismo. Il masochismo deriva quindi dal sadismo e dal senso di colpa che contribuisce alla rimozione e costringe l’organizzazione genitale a regredire allo stato precedente, sadico – anale.

La perversione «[...] non è più un elemento isolato nella vita sessuale del bambino, ma viene invece assunta nel contesto dei processi evolutivi tipici – per non dire normali – che ci sono noti. Essa è posta in relazione con l’amore oggettuale incestuoso del bambino, con il suo complesso edipico, fa la sua prima apparizione sul terreno di tale complesso e, quando esso è crollato, gli sopravvive, spesso da sola, quale erede del suo carico libidico e gravata del senso di colpa che ad esso è ancorato».¹

È questa la prima volta che Freud dimostra ciò che aveva teorizzato nei *Tre saggi*, e cioè che la perversione nell’adulto trova il suo fondamento nella sessualità infantile per cui la perversione o diventa il fondamento su cui si edifica una perversione di segno analogo che dura tutta la vita, o invece può venire troncata e rimanere sullo sfondo di un normale sviluppo sessuale.

La fantasia di percosse e altre analoghe fissazioni perverse non sarebbero dunque altro che sedimentazioni del complesso edipico: cicatrici, si può dire, del processo che si è concluso.

La perversione dunque sembra inquadrarsi per Freud nel contesto dei processi di sviluppo tipici: la terza fantasia, ad esempio, “il maestro picchia altri bambini” può rappresentare sia la struttura inconscia perversa delle fantasie di godimento nevrotico che la struttura alla base di comportamenti perversi.

La linea di demarcazione, quindi, tra perversione e nevroticismo non è così netta come si è soliti pensare. Freud ribadisce ciò che già aveva espresso nei tre saggi e cioè che la perversione non è altro che la negativa della nevrosi, intendendo, con tale termine “fotografico”, che alla base delle due patologie vi sono meccanismi analoghi e che la differenza si coglie nel considerare come questa base comune si evolva, da una parte, in fantasie e, dall’altra, in atti.

Nel lavoro del 1920, Freud descrive invece il caso di una ragazza innamorata di una donna: sarà l’ultimo caso clinico pubblicato da Freud che, successivamente, per motivi di riservatezza, non ne pubblicherà più.

In questo saggio egli, nel trattare l’omosessualità femminile, approfondisce il ruolo svolto dalla relazione con entrambe le figure genitoriali nella scelta della figlia: la gelosia verso la figura paterna e la conseguente fuga dalla competizione con la figura materna rappresentano elementi essenziali nella scelta del proprio oggetto d’amore.

Un altro aspetto di interesse di questo saggio è la descrizione di un profondo transfert negativo della ragazza nei confronti di Freud, che lo indusse a interrompere prematuramente l’analisi. Un transfert negativo probabilmente da ricollegarsi, come intuito da Freud stesso, nella rivalità della ragazza verso la figura paterna, che però non sfociò mai, e questo è l’aspetto interessante, in aperta ostilità verso l’analista ma si concretizzò piuttosto in una apparente dimensione di remissività/accettazione senza però che la ragazza potesse provare mai un vero coinvolgimento.

Come nei brani clinici descritti in apertura, assistiamo ad una profonda resistenza della paziente, che si concretizza nei misconoscimenti del setting e del terapeuta, senza mai arrivare ad un esplicito rifiuto.

La questione della perversione viene infine ripresa da Freud nel 1927 con il saggio *Il feticismo*, con cui vengono poste le basi per una comprensione psichica della perversione, con l’introduzione del termine *Verleugnung*, rinnegamento, disconoscimento, cioè un meccanismo di difesa che consiste in un rifiuto da parte del soggetto di riconoscere la realtà di una percezione traumatizzante. Col rinnegamento la percezione si conserva ma si rende necessario un suo rinnegamento

Nella perversione dunque non c’è rimozione (*Vedrangung*): prevale la fissazione a «un godimento che la rimozione non metaforizza nella forma del ritorno del rimosso – e del ritorno attraverso la sostituzione significante – ma solamente in quella di un ritorno dell’identico [...] di questa stessa congiunzione originaria.»

Se non si riesce a placare la paura della castrazione, che può essere superata ad esempio attraverso la fantasia, si creeranno rimozione e sintomo funzionali alla risoluzione del complesso edipico. Tutto questo potrebbe anche portare ad una scissione dell’Io per cui si denega la realtà sessuale: una parte accetta la castrazione, una parte la nega.

Prototipo di questa doppio movimento è il feticista, che opera un rinnegamento (*Verleugnung*) della realtà della castrazione, in quanto il feticcio sostituisce il pene mancante che non è altro che il fallo della donna a cui il figlio ha creduto e a cui non vuole rinunciare. Vero è che probabilmente la costituzione di un oggetto feticcio serve proprio a istituire un rinnegamento dell’evirazione della donna per proteggere il feticista dall’angoscia della mancanza.

Nevrosi e perversione sono, dunque, rispetto al complesso edipico, simmetricamente opposte: la nevrosi tende a inibire l’impulso con il sintomo, la perversione tende a soddisfare l’impulso, fuggendo dal complesso edipico.

Freud, pertanto, inquadra la perversione nel contesto più generale della sua teoria della sessualità, considerandola l’esito della interruzione (fissazione) di un processo di sviluppo scandito da fasi, caratterizzate ognuna da un oggetto parziale.

Nel perverso non viene risolto il complesso edipico nel senso che non viene riconosciuto il limite imposto dal tabù dell’incesto, e quindi il perverso non trasgredisce, perché non sa cosa sia la trasgressione, non conosce il sentimento di colpa perché non sa cosa sia la colpa.

Lacan affronta il tema della perversione prendendo le mosse dal lavoro di Freud sul feticismo. Nel *Seminario X*, Lacan aveva rilevato che l’azione del linguaggio sul corpo è una azione di “separtizione”, nel senso che una parte del corpo viene ad essere estratta dal corpo e perduta (ciò che per Freud accade con lo svezamento). Il grande Altro, che per Lacan è il linguaggio, la cultura in cui viviamo “immersi”, sottrarrebbe quindi una parte del godimento e renderebbe questa parte staccata dal corpo, ciò che Lacan indica come “oggetto piccolo a”. Colui che rinnega la realtà della castrazione, come il perverso, cerca di recuperare l’oggetto perduto per mezzo di un altro oggetto di godimento: il bambino si identifica con il fallo in quanto oggetto immaginario del desiderio materno.

Il perverso quindi si situa nel luogo di “a” e mira al godimento dell’Altro.

Nel rifiuto della castrazione, a fallire è la metafora paterna, manca cioè il padre come operatore della castrazione e tramite il quale il bambino può accedere al proprio desiderio. Secondo Lacan, la logica perversa che regola il rapporto del soggetto rispetto al godimento implica la scomparsa del soggetto come luogo di desiderio; dal rinnegamento della castrazione infatti discende l’eliminazione del soggetto e della relazione.

Conferma quanto detto nel 1927 da Freud: «La perversione rinnega la castrazione e concede all’Altro la completezza che gli manca», sconfessando la sua castrazione e facendosi strumento del suo godimento.

«[...] Il bambino, futuro perverso nell’età adulta, non è riuscito a fare il lutto dell’illusione di costituire il fallo per la madre e continua nel disperato bisogno di mostrare che la madre è fallica».⁸

Non si ha, come nella psicosi, la forclusione del Nome del Padre, ma c’è un misconoscimento della legge simbolica per lasciare il campo al Super io, istanza immaginaria e onnipotente, che si situa al di fuori di ogni dialettica.

La perversione e la sconfessione
Ettore Perrella ha dedicato alla perversione il libro *Per una clinica delle perversioni* in cui vengono proposte alcune interessanti ipotesi sui meccanismi di difesa attivi in questo profilo clinico. A proposito della perversione, infatti, parla di “sconfessione” come modalità caratteristica del perverso nel momento in cui si trova ad affrontare la questione della legge. Nella sconfessione una parte dell’Io tiene conto di un determinato contenuto di sapere, mentre l’altra parte la ignora: il soggetto dunque si trova ad essere scisso tra un soggetto che vede (e accetta) la realtà ed uno che la vuole ignorare.

Il momento cruciale nella vita di un soggetto è quello in cui il bambino dovrebbe diventare consapevole del fatto che egli non è l’unico oggetto di godimento della madre.

Dico “dovrebbe” in quanto il bambino vorrebbe avere l’attenzione esclusiva della mamma ed essere quindi lui questo oggetto di godimento: un modo per superare questa *impasse* è cercare di ingannarla circa la natura di questo oggetto; l’oggetto è il fallo immaginario che il bambino attribuisce alla mamma.

Prende così consistenza l’immagine di una madre “fallica”, che cioè possiede il fallo ma è nascosto. Infatti, frequentemente nella storia dei soggetti perversi rileviamo un predominio di un materno prepotente, che fa fuori la legge del padre e che appare agli occhi del figlio come una vera e propria potenza naturale. Queste “madr falliche”, sarebbero esse stesse non sottoposte al taglio della castrazione ed avide quindi nei confronti dei propri figli, trattati come oggetti di cui godere. Per la madre del perverso il figlio risulta assolutamente indispensabile per vivere, un oggetto di cui godere.

Nella perversione, dunque, ad essere sconfessato è il limite nell’amore dell’altro: mentre nella psicosi il limite è quello che fa negare alla madre la separazione fra il proprio corpo e quello del figlio e nella nevrosi il figlio diventa la compensazione dei fallimenti della madre, nella perversione, la madre considera la relazione con il figlio come una occasione dell’appagamento diretto del proprio godimento.

Perversione e clinica Perché questa incompatibilità fra perversione e analisi? Ho fatto un sogno ma non lo voglio raccontare
Torniamo dunque da dove siamo partiti: alla dichiarazione di Giulio, che proprio in un contesto di “lavoro” afferma in fondo la volontà di non “lavorare”. Considerata la profonda “allergia” del perverso nei confronti delle regole, un contesto come il setting terapeutico (individuale o in gruppo) può presentare notevoli criticità. «Egli [il paziente perverso] rifiuta di fare i conti con la legge che lo riguarda come essere umano castrato e lo trascende come individuo».⁷

Così si esprime Elena B. Croce a proposito del paziente perverso che accede a un gruppo di psicodramma analitico, anche se in effetti questo accade poco frequentemente.

Se consideriamo che questi pazienti hanno spesso a che fare con una dimensione di “gioco”, risulta difficile ipotizzare che possano partecipare davvero ad un gioco regolamentato e, al tempo stesso, suscettibile di repentini cambiamenti e variazioni rispetto a un canovaccio iniziale. Il “gioco” del perverso infatti è un gioco in fondo “privato”, difficilmente coerente con il gioco psicodrammatico.

Analoghe riflessioni possono essere fatte per un lavoro individuale.

Si tratta di soggetti compatti, indivisi, e quindi difficilmente trattabili: il soggetto perverso sa dove trovare il suo godimento e non domanda proprio niente a nessuno.

La incompatibilità tra pazienti perversi e cura analitica deriva anche dal fatto che tali tipologie di pazienti non agiscono contro la legge, ma piuttosto agiscono senza legge, nel senso che la legge per essi non ha alcun valore, è carta straccia.

Il perverso rifiuta di riconoscere il valore della legge e quindi non ha nessuna aspirazione ad accedere all’ordine simbolico, per un lavoro il cui scopo è per l’appunto dare un significato simbolico alla propria esistenza.

Tali pazienti, nei rari casi in cui si rivolgono ad un terapeuta, lo fanno apparentemente con l’intenzione di essere davvero aiutati, ma, in realtà, il più delle volte si appellano all’Altro più che altro per tentare di angosciarlo e di corromperlo, per affermare, ancora una volta, il primato del godimento su tutto.

Una particolare declinazione della relazione tipica del perverso con l’Altro è quella in cui il soggetto trova la fonte di soddisfazione attraverso il godimento dell’Altro, godimento che può essere costituito anche dal fare in modo che l’Altro si preoccupi per il soggetto.

L’analista non viene riconosciuto come soggetto supposto sapere quanto piuttosto come soggetto supposto non sapere.

Perversione e psicosomatica
La lunga esperienza clinica con pazienti affetti da gravi malattie organiche, quelli che con Claudio Modigliani abbiamo definito essere “pazienti psicosomatici gravi”, mi ha permesso di riflettere su alcuni tratti di perversione che ho verificato attivi, appunto, in tale tipologia di pazienti. Recentemente Paola, una mia paziente malata di cancro, racconta due sogni fatti immediatamente prima e dopo una tac a cui si è sottoposta per un controllo periodico.

Prima
«Ho sognato un bambio di circa tre anni che mi segue mentre io giro per casa: sulla bocca ha una garza ingiallita. Mentre cammino mi volto continuamente perché ho paura che cada, questo bambino, cada giù da una finestra, anche se in effetti non ci sono pericoli perché le finestre sono alte.
Dopo
Mi trovo in un palazzo diroccato, una persona che non conosco ha in braccio un gattino di plastica morbida, colorata. Prendo in braccio il gattino, comincio a salire su per una torre di questo palazzo, la mia intenzione è proteggerlo e portarlo in salvo, in cima alla torre dove so che starà al sicuro.

Premetto che Paola sta bene, il cancro è in remissione da diversi anni, ma ultimamente, all’avvicinarsi dei controlli, mostra una particolare inquietudine che sembra non collegarsi al suo stato di salute generale e al suo stile di vita piuttosto impegnativo. La concomitanza dei sogni con i controlli medici che la angosciavano tanto, ha permesso a Paola di lavorare sulla grande angoscia che provava e che l’ha molto disorientata.

Il lavoro ha preso le mosse dalle figure significative dei sogni: il bambino e il pupazzo.

In entrambi i sogni l’attenzione di Paola è concentrata su di esse, e soprattutto sulla loro tutela. Viene allora da chiedersi: ma cosa vuole davvero tutelare Paola? Nel primo sogno c’è un bambino, vivace, ma con la bocca coperta da una garza ingiallita dal tempo; una parte vitale di sé, forse, ma che sembra non avere diritto di parola.

Nel secondo sogno, invece, si tratta di un pupazzo, colorato caldo e morbido al tatto, ma comunque un oggetto inanimato.

La protezione di un essere inanimato, che impegna totalmente Paola, fa supporre che in lei sia ancora potente la tentazione di provare ad aiutare parti di sé apparentemente vitali ma che in realtà sono inanimate.

Freud in *Al di là del principio di piacere* e successivamente in *Il disagio della civiltà*, a proposito della pulsione di morte, rileva che essa è alla base dei comportamenti autodistruttivi tipici di vari disturbi psichici, esprimendo dunque la tendenza di ogni essere vivente a ritornare al suo stato inorganico originario: «Partendo da speculazioni sull’origine della vita e da paralleli biologici, trassi la conclusione che, oltre alla pulsione a conservare la sostanza vivente e a legarla in unità sempre più vaste, dovesse esistere un’altra pulsione a essa opposta, che mirava a dissolvere queste unità e a ricondurle allo stato primordiale inorganico. Dunque, oltre a Eros, una pulsione di morte; la loro azione comune o contrastante avrebbe permesso di spiegare i fenomeni della vita».

Il pupazzo che Paola custodisce con tanta tenacia (e fatica) sembra proprio riferirsi a questa dimensione, che Freud assimila al processo di “apoptosi”, un meccanismo di difesa biologico che all’interno del citoplasma cellulare ha lo scopo di ricondurre la materia vivente ad uno stato inorganico. Freud considera le analogie tra questo processo fisiologico e situazioni cliniche in cui la sofferenza non può essere spiegata con il principio di piacere inibito dalla censura del Super io, o con il soddisfacimento di un altro desiderio inconscio: in tali circostanze Freud teorizzò l’esistenza di un principio filogeneticamente più antico della libido, che agiva contro di essa. È l’istinto, o pulsione, di morte.

Nei pazienti affetti da gravi malattie organiche osserviamo una evidente tendenza all’auto annullamento: condizionati fortemente da un Super io tirannico, mettono sistematicamente in atto comportamenti che sembrano avere lo scopo di annullare la propria soggettività, a favore di un Altro che appare potente e minaccioso. Un quadro clinico, quello dei pazienti psicosomatici gravi, che risulta caratterizzato da evidenti tratti perversi.

Secondo quanto osservato da Lacan, il bambino di pochi mesi, ancora non autonomo e non cosciente della propria corporeità, grazie allo sguardo della madre che lo vede e lo riconosce nell’immagine allo specchio, acquisisce una immagine di sé con una sua coerenza. Attraverso lo sguardo della madre (che rappresenta l’immissione simbolica che viene dall’Altro) che vede l’immagine del bambino e la riconosce, il bambino riunifica la propria immagine ed acquisisce il fatto di essere corpo.

La componente perversa agisce a questo punto: «C’è qualcosa del corpo che non è adeguatamente specularizzato, non è messo alle dipendenze del simbolico, della castrazione e che per questo diventa il luogo reale dell’Altro: l’Altro viene somatizzato».⁹

Osserva Jacques Alain Miller che l’Altro è *somatizzato* perché una parte della libido, non passata nella dimensione simbolica rimane nell’organismo, a livello organico, che diventa così ruolo reale dell’Altro.

L’interdizione all’ordine simbolico sembra essere un punto in comune tra la struttura perversa e il paziente psicosomatico: infatti, come più volte rilevato, i fenomeni psicosomatici sono appunto legati ad effetti di linguaggio ma sono fuori soggettivazione; si è in una situazione in cui non è possibile arrivare alla domanda e tanto meno al sintomo analitico, si è, insomma, al livello di “olofrase”. Ricordiamo a questo proposito che per Lacan un soggetto è ciò che un significante (S1) rappresenta per un altro significante (S2) a costo di una perdita, di un «resto», quella dell’oggetto piccolo a, che è lì per garantire la presenza del soggetto e allo stesso tempo lo scarto tra i due significanti.

Nello sviluppo del fenomeno psicosomatico invece, rileva Lacan, si crea una saldatura tra S1 e S2 che va a costituire una “olofrase” che annulla l’effetto di senso.

All’origine del fenomeno psicosomatico si troverebbe quindi un congelamento della catena significante, cioè un’assenza di intervallo tra S1 e S2: il soggetto resta quindi prigioniero di un significante e della saldatura tra S1 e S2; la mancanza di separazione, impedisce l’accesso del soggetto alla metafora e al desiderio. Quindi l’olofrase, è qualcosa di intrinseco alla dimensione soggettiva. Ovviamente è un segno e, in quanto tale, è in parte sconosciuto al soggetto, cosa che può però rappresentare per lo stesso un “troppo” insostenibile in quanto collegato a entità inconse derivate da un Super io arcaico e persecutore che arriva all’individuo come un

imperativo categorico a cui non ci si può sottrarre. Questo enigma, in fondo inaccettabile e troppo pesante, può produrre in un primo momento un alterato funzionamento organico, che se, però, seguita ad insistere sul soggetto può trasformarsi anche in una vera e propria lesione d'organo.

L'operazione di separazione è ciò che permette al soggetto di non essere completamente sottomesso al desiderio dell'Altro: questo è proprio ciò che non avviene nel paziente psicosomatico.

Per dimostrare l'effetto del desiderio e del linguaggio sul corpo, Lacan propone una rilettura dell'esperimento di Pavlov, in una Conferenza del 15 novembre 1975.

Nell'esperimento il cane di Pavlov, indotto ad un bisogno alimentare sotto la pressione dei significanti imposti dall'istruttore (suono del campanello), risponde agli stimoli attraverso una funzione fisiologica correlata al proprio nel bisogno.

Allo stesso modo, osserva Lacan, il paziente psicosomatico, completamente assoggettato al discorso dell'Altro, non può distinguere tra bisogno e desiderio.

Ci troviamo quindi di fronte a un'assenza totale di dialettica nel soggetto, come se il fenomeno psicosomatico aggirasse ed evitasse la struttura del linguaggio.

Lacan afferma infatti che pur esistendo nei fenomeni psicosomatici un legame col linguaggio, si è però fuori soggettivazione in quanto, come nelle psicosi, è fallita la metafora paterna: fallimento che abbiamo visto riguardare parimenti il paziente perverso.

Siamo dunque in entrambi i casi (perversione e disturbo psicosomatico grave) in una posizione fuori-della-Legge, in cui cioè l'accesso all'ordine simbolico risulta interdetto.

Voglio infine ricordare che il prof. Claudio Modigliani, con la sua teoria di "Psicosi e nevrosi come modello di salute" aveva constatato come probabilmente in alcuni soggetti particolarmente predisposti esisterebbe un nesso tra le gravi malattie organiche ed alcune dimensioni regressive psichiche, in particolare quelle in cui sono presenti massicci meccanismi di difesa arcaici. Analogamente, abbiamo osservato che nella struttura perversa il diniego sia il meccanismo di difesa di elezione.

Questa serie di analogie farebbe ipotizzare nei pazienti psicosomatici gravi la presenza di meccanismi perversi particolarmente attivi tali da portare ad una amplificazione dei tipici fenomeni di auto mortificazione. La rinuncia sistematica che osserviamo in tali pazienti, rispetto alla individuazione ed alla tutela di una propria posizione soggettiva, sembra essere coerente con la rinuncia del perverso ad essere soggetto, per limitarsi ad essere mero oggetto di godimento dell'Altro.

Una questione ancora aperta

A conclusione di questo lavoro, così come si è soliti fare nello psicodramma con l'osservazione finale, desidero porre uno spunto per nuove riflessioni e approfondimenti sulla questione della perversione.

Nella clinica, notiamo con sempre maggiore frequenza la presenza di tratti perversi, un fenomeno in cui sono senz'altro coinvolte le mutate condizioni sociali e quindi anche culturali.

Interessante ad esempio la riflessione di Carlo Viganò secondo cui «le attuali strutture sociali tendono a inscatolare il rapporto del soggetto con il mondo esterno in oggetti pedagogici preconfezionati che spingono il soggetto a mettersi in posizione tale per cui l'Altro sociale possa godere».¹⁹

In un ambito più strettamente clinico vorrei soffermarmi su come possano emergere in un soggetto tratti perversi, tenendo conto che, come già sottolineato, la linea di demarcazione tra perversione e nevroticismo non è così netta come si tende a pensare.

In effetti abbiamo visto come, rispetto al complesso edipico, snodo cruciale dello sviluppo del soggetto, nevrosi e perversioni si trovino su sponde opposte.

Dovremmo quindi prendere le mosse dalla questione edipica: il momento cruciale in cui il bambino si trova nelle condizioni di accettare la realtà di una mamma mancante; a questo punto nel bambino futuro perverso si opera una scissione: una parte accetta tale realtà e una parte la rifiuta, parti che coesistono.

Questo cruciale meccanismo di scissione induce il soggetto ad allontanarsi da un piano di realtà a favore di una dimensione illusoria (surreale direbbe Lacan) in cui i punti di riferimento vengono ad essere sovvertiti, ma perché una scissione? È evidente che la realtà della castrazione è una realtà intollerabile, a tal punto che risulta preferibile una fuga dalla soggettività, che implica divisione, per arrivare ad essere degradato a mero oggetto.

L'incombenza di un materno prepotente, che fa fuori la legge del padre ed il Soggetto che grazie a tale legge potrebbe emergere, sembra essere la causa scatenante di tale scissione.

Nel caso della perversione abbiamo sì l'ingresso nell'Edipo, ma non vi è la possibilità di uscirvi in quanto risulta carente la funzione paterna che dà al figlio la Legge, cioè lo strumento necessario per avviarsi verso un processo di soggettivazione.

Nella clinica però, come già abbiamo rilevato, è difficile che pazienti perversi formulino una domanda di cura; più frequente è, come i brani clinici dimostrano, che in pazienti che hanno iniziato un percorso analitico, emergano inaspettatamente tratti di perversione che portino a degli intralci nella cura.

Potremmo assimilare queste prese di posizione inaspettate a degli *acting out*, per i quali, appunto, l'azione prende il posto della parola. Nelle situazioni brevemente descritte, è ciò che è accaduto: in mancanza di una parola per descrivere ciò che sta avvenendo nel percorso di cura, si preferisce lasciare spazio ad un atto che neghi la parola a sé e, pare anche all'Altro.

Sarebbe quindi interessante riflettere su questi aspetti di criticità della clinica: la psicoanalisi è a modo suo (cioè senza possibilità di standardizzazioni) anche un po' una scienza e quindi come tale sono proprio gli esperimenti "non riusciti" che possono dare impulso a nuove conoscenze e quindi possibili soluzioni.

Fabiola Fortuna

Psicoanalista, psicodrammatista, Direttore Centro Didattico di Psicoanalisi e Psicodramma analitico, SIPSa Roma, Membro della SEPT, Didatta S.I.Ps.A., Docente Coirag, Membro Forum Lacaniano Italiano, Membro I.A.G.P., Past President S.I.Ps.A., Socio Analista del CIPA con funzioni didattiche, di docenza e di supervisione.

NOTE

- Freud S., *Lettera a Fliess del 26 gennaio, 1900*
- S., *Tre Saggi sulla sessualità*, p. 483
- Freud S., *Un bambino viene picchiato*, p. 55
- Recalcati M., *La clinica del vuoto*
- Freud S., *Il feticismo*, p. 493
- Lacan J., *Il Seminario. Libro IV*, p. 116
- Croce E.B., *Il volo della farfalla*, p. 370
- Freud S., *Il disagio della civiltà*605
- Viganò C., *Glossario Lacaniano* 350
- Ibid.* p. 345

BIBLIOGRAFIA

Brusa L., Senin F., (a cura di) (2000), *Trauma, abuso e perversione. Problemi teorico-clinici nel trattamento di pazienti anoressico-bulimiche*, Franco Angeli, Milano

Croce E. B. (a cura) (1985), *Acting out e gioco in psicodramma analitico*, Borla, Roma, 1985.

– (2000), *Il volo della farfalla*, Borla, Roma, 2000.

Freud S. (1905), *Tre saggi sulla sessualità in Opere*, vol. V, Boringhieri, Torino, 1978

– (1905), *Il motto di spirito e le produzioni dell'inconscio*, in *Opere*, vol. V, Boringhieri, Torino, 1978

– (1919), *Un bambino viene picchiato (Contributo alla conoscenza dell'origine delle perversioni sessuali)*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1978

– (1920), *Un caso di omosessualità femminile*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1978

– (1920), *Al di là del principio di piacere*, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977

– (1927), *Il feticismo*, in *Opere*, vol. X, Boringhieri, Torino, 1977

– (1930), *Il disagio della civiltà* in *Opere*, vol. X, Boringhieri, Torino, 1977

Lacan J. (1957-1958), *Il Seminario. Libro IV. Le relazioni d'oggetto*, Einaudi Torino 2007

– (1962-1963), *Il Seminario. Libro X. L'Angoscia*, Einaudi, Torino, 2007

– *Il sintomo. Conferenza di Ginevra del 4/10/1975*, in «La Psicoanalisi» n. 2, Astrolabio, Roma, 1987

Miller J.M., *Conferenza sul sintomo*, in «La psicoanalisi», n.2/1987, Casa Editrice Astrolabio Ubaldini

Perrella E. (2000), *Per una clinica delle perversioni*, Franco Angeli, Milano

Recalcati M. (2004), *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Franco Angeli, Milano

Quindoz J.M. (2005), *Leggere Freud*, Borla Editore Roma

Villa A. (a cura) (2013), *Glossario lacaniano di Carlo Viganò*, Aracne Editrice, Roma