

# Appunti sul problema dell'alterità

*Giuseppe Maffei, Lucca*

Spesso, nel lavoro analitico, l'alterità dell'analista è negata dal paziente. L'analista pensa di capire ciò che accade al paziente, prova a dirlo, ma si trova di fronte a un rifiuto, talora molto deciso, delle sue parole. Ha la convinzione che questo rifiuto non sia legato al contenuto di ciò che dice, ma al fatto che il paziente sia costretto a negare ogni forma di indipendenza ed autonomia del pensiero analitico in sé. In questi casi si pensa comunemente ad una ripetizione nel transfert di un'invidia del seno, ma il fenomeno è molto complesso, spesso immodificabile e merita, credo, delle riflessioni che possano permettere un suo approfondimento. Si tratta di riflessioni non ancora ben sistematizzate, che nascono dall'esperienza con alcuni pazienti e che sono dirette, anche, alla questione di come si crei l'esperienza dell'altrui alterità.

Queste riflessioni hanno sullo sfondo, inoltre, una attenzione alle problematiche dell'autismo infantile. Esiste infatti una forma, per così dire, globale di diniego dell'altrui alterità ed è quella rappresentata dai casi di autismo infantile, laddove sembra che il mondo psichico degli altri sia completamente non percepito. Il bambino autistico appare vivere in una

relazione esclusiva con i suoi oggetti-sensazione (Tustin) e chiuso nella sua autosensorialità (Tustin) autosufficiente. La soggettività dell'altro e, al limite, la stessa realtà esterna, non sono appunto oggetto di esperienza. Non è assente soltanto la possibilità che il mondo esterno proponga del nuovo, dell'imprevisto, ma la possibilità stessa di sapere l'esistenza del mondo esterno in quanto tale. Ho ricordato l'autismo infantile perché, all'interno di queste riflessioni concernenti l'alterità dell'altro, mi sembra di avere intravisto una interpretazione che dà importanza al ruolo di una proiezione primordiale, da pensarsi come concettualmente diversa dalla proiezione quale meccanismo difensivo comunemente inteso. La proiezione non può essere pensata in questi casi come dovuta a espulsione fuori di sé di parti di sé non accettate (non esiste una differenziazione tra sé e il mondo) ma può essere concepita, invece, come estensione al mondo esterno della propria autosensorialità e bidimensionalità. Si potrebbe cioè ritenere che il mondo esterno sia avvertito assente come conseguenza di un proprio assentarsi dalla vita. Le forme più comuni di diniego dell'altrui alterità, su cui si svilupperà il presente contributo, sono comunque forme più sottili, parziali, che riguardano spesso solo la soggettività dell'altro ed in cui è particolarmente operante il meccanismo dell'identificazione proiettiva, per il quale, come è noto, il mondo esterno finisce per essere abitato da parti proiettate e svolgenti funzione di quinte colonne che cercano di dominarlo. Esistono mille sfumature di questo meccanismo e può essere utile distinguere forme in cui l'alterità finisce per non essere quasi percepita come tale e forme, invece, in cui l'alterità è percepita come a un limite tra assente e presente. Una paziente con una sintomatologia prevalente di riferimento crede che tutti i gesti che vede e tutte le parole che ascolta, portino critiche e accenni a sé. Tutti sanno che lei non ha amici, che non è tanto intelligente, che le sono capitate molte disavventure sentimentali, che la sua nascita è una nascita da una classe sociale infima e così via. Qualsiasi pa-

rola che ascolta ha un significato preciso in relazione a questo suo delirio. Se qualcuno le dice ad esempio: — Come stai? — questa frase non ha alcuna oggettività, ma significa che la persona che l'ha pronunciata vuoi sapere se finalmente ha trovato un ragazzo, se finalmente ha cominciato a cavarsela nella vita e così via. L'intenzionalità dell'altro non viene più percepita e l'altro è abitato dai suoi pensieri. L'altro finisce per non essere più altro da sé, ma semplicemente come la sede dei propri pensieri, non conosciuti, ovviamente, come tali. L'intenzionalità autonoma dell'altro è negata e sostituita dall'intenzionalità di una parte proiettata della paziente. La proiezione di parti della paziente non va comunque senza il diniego dell'altrui alterità. Vedere l'aspetto proiettivo del fenomeno non può non far vedere l'importanza del concomitante fenomeno del diniego. Basti pensare a quanto povera rischia di essere la vita di una persona che non si aspetta mai niente di nuovo, nessuna informazione, nessun vantaggio dalla soggettività dell'altro. Ma perché l'intenzionalità autonoma dell'altro ha tanto bisogno di essere negata?

Si può rispondere a questa domanda riflettendo sulla condivisione o meno, da parte della madre, della intenzionalità della paziente. La madre della paziente non aveva condiviso, in effetti, alcunché della stessa paziente. La famelicità, l'aggressività, forse il suo stesso bisogno di esistere come autonoma, non erano stati capiti e la paziente non aveva avuto altra possibilità che di avvertire ciò che provava come del tutto proprio e incapace di entrare in comunicazione con l'altro.

Occorre anche dire che la non condivisione (la non comprensione) da parte della madre, dei vissuti dei figli, impedisce in genere, come è avvenuto in questa paziente, la costituzione di una bipartizione psichica funzionale alla vita. Se l'intenzionalità primitiva è in qualche modo condivisa, una sua parte entra nel rapporto con l'altro, mentre la parte non condivisa ne resta fuori, ma ha come aperta la via verso il rapporto con l'altro, può esservi proiettata,

ma l'altro sarà però percepito come pure, appunto, bipartito; non tutto il soggetto né tutto l'altro saranno appunto « tutti », ma l'uno e l'altro saranno bipartiti tra una parte che può entrare in contatto con gli altri e una parte che non vi può entrare, ma che può comunque sperarlo. La condivisione dell'esperienza crea anche l'alterità interna al soggetto. Sol Aparicio(1) ha parlato, commentando Lacan, di una funzione costitutiva della preclusione, legandola all'*Ausstossung* (espulsione), ma trovandosi poi in difficoltà, a mio avviso, quando ha voluto tentare di distinguere la preclusione costitutiva e quella presente nelle psicosi. Ritengo che ciò che viene espulso dal soggetto, lo sia in due modi diversi a seconda se esista o meno la possibilità da parte della madre di condividere qualcosa del figlio. Se la madre non condivide affatto alcunché del figlio, la parte proiettata è espulsa al di fuori senza una possibilità di essere prima affermata in qualche modo al di dentro. In questo mio modo di vedere il fallimento della rimozione primaria precede la preclusione; è cioè la mancata bipartizione dello psichi-smo che crea la necessità della preclusione. Esisterebbe una *Ausstossung* costitutiva, ma non una preclusione costitutiva e il destino dei meccanismi di diniego sarebbe diverso a seconda del loro costituirsi in un regime psichico caratterizzato da assenza di rimozione primaria e presenza di preclusione o da presenza di rimozione primaria e assenza di preclusione. L'*Ausstossung* avrebbe cioè caratteristiche particolari se accade in un rapporto di assoluta distanza tra madre e figlio.

Trasferendo questo discorso sul piano della clinica sorgono molte difficoltà. La paziente di cui sto parlando potrebbe cioè essere posta sulla linea dell'assenza di rimozione primaria e presenza di preclusione, ma, nel rapporto terapeutico, essa sembrava spesso avere la possibilità di percepire l'alterità del terapeuta. Il ricorso al dire che si tratti di parti diverse della paziente, non regge in questo schema teorico in cui è appunto la bipartizione psichica a essere garante della normalità. Occorrerebbe forse

(1) Sol Aparicio, « La Forclusion, préhistoire d'un concept », in *Ornicar?*, Parigi, Navarin Ed., n. 23, 1984, pp. 83-107.

portare l'attenzione sulle differenze esistenti tra bipartizione psichica qui prospettata e scissione di parti.

Tornando comunque allo specifico di questo contributo, nel caso della paziente considerata, si potrebbero individuare diversi tempi dei meccanismi ora prospettati. Si può supporre così che all'inizio della sua vita psichica, sia da considerarsi una impossibilità della madre a condividere, partecipare, contenere i vissuti della figlia. Tutta l'intenzionalità primitiva e propria non poté non essere vissuta che come pericolosa e fu dovuta essere spostata all'esterno. Non si costituì così l'alterità dell'altro perché non si costituì una propria bipartizione, un'alterità interna a lei stessa. L'altro divenne la sede della proiezione di ciò che non era stato condiviso. Finì che nessuno poté più essere considerato un interlocutore perché le parole furono prese in un gioco immaginario e non costituente il simbolico. Quando l'altro parlava, la sua alterità era subito negata perché la paziente poteva ritenere che le parole dell'altro fossero il rivelarsi, nell'altro, della propria intenzionalità pericolosa, preclusa e proiettata. Una volta avvenuto tutto questo, l'altro divenne la sede privilegiata anche di tutte le proiezioni possibili e successive. La critica che la paziente faceva a sé stessa, compariva nei gesti e nelle parole degli altri. Ma nel pensare a questi altri, non si può non tener conto, noi osservatori, del diniego precedente della loro alterità. Il diniego dell'alterità dell'altro in quanto tale e la comparsa, nell'altro della propria intenzionalità proiettata, permette insomma a questa persona, di non confrontarsi ne con sé stessa ne con l'altro e di rimanere in un cerchio vizioso senza apertura verso l'esterno e l'intero-esterno di sé (che non si sono appunto costituiti). La paziente finisce per non confrontarsi ne con l'intenzionalità violenta che l'aveva un tempo abitata ne con la propria autocritica. Ha istituito un mondo chiuso e non può fare esperienza del nuovo.

Esaminerò ora una situazione in cui l'alterità non era negata in modo così massiccio come nel caso

ora descritto. La paziente cercava di stabilire un dominio sul mondo ed era determinata in questo dal desiderio di far tacere l'altro alterità percepita questa volta come pericolosa. La situazione terapeutica con questa paziente era sostanzialmente caratterizzata dal fatto che il terapeuta non poteva parlare in quanto le sue parole scatenavano un'angoscia violentissima. Questa angoscia si manifestava sia in fughe dalla stanza di terapia sia in una sorta di muro acustico che essa opponeva dicendo che tanto non avrebbe capito, che lui parlasse pure, che tanto lei non l'avrebbe ascoltato. Il terapeuta non aveva ovviamente molto spazio a disposizione e doveva da un lato imparare a tacere, dall'altro a non lasciarsi « imbavagliare » dalle manifestazioni ansiose. Questa situazione che durò molto tempo e che fu durissima, si risolse soltanto dopo che la paziente ebbe acquisito la sicurezza che il terapeuta aveva capito la sua angoscia e che non voleva negarla. Ciò accadde anche quando la paziente ebbe capito che, se avesse voluto, avrebbe vinto lei questa guerra dichiarata solo da lei perché il terapeuta non avrebbe mai potuto avere una forza magica, a sua disposizione, in grado di vincere la sua resistenza.

Questo passaggio avvenne cioè, da un punto di vista teorico, quando comparve, all'interno della coppia terapeutica, la dimensione del terzo. Alla paziente fu possibile cedere solo quando le fu chiaro che lei ed il terapeuta non erano in una lotta che si svolgeva solo tra loro, ma che questa lotta avveniva all'interno di un mondo più vasto di loro.

In questa paziente l'alterità dell'altro non era stata completamente annullata, perché la paziente temeva che l'altro potesse parlare. E, se avesse parlato, avrebbe probabilmente detto ciò che lei stessa aveva da dirsi e che preferiva invece rimanere inconscio. L'alterità dell'altro era come tenuta in sospensione, non era radicalmente negata, anzi, la paziente temeva continuamente il suo manifestarsi. Come già detto, la paziente iniziò a potersi concedere di ascoltare l'altro solo dopo una lunga rassicurazione che l'altro aveva capito la dolorosità della sua situazio-

ne, che non aveva tutto il potere su di lei (la comparsa del terzo) e che lei stessa aveva del potere. Una volta che terapeuta e paziente poterono parlare, ciò che il terapeuta diceva e che ora era ascoltato, non era assolutamente diverso da quello che aveva avuto in mente e che aveva dovuto trattenere. Ma, come era avvenuto che l'altro si fosse fatto più familiare, come era passato dall'essere un altro pericoloso a essere un possibile interlocutore? Questa trasformazione avvenne, a mio avviso, tramite la proiezione, nel terapeuta, di una parte di sé che si rafforzò e iniziò a esistere all'interno della stessa relazione. Una volta resasi conto del fatto che il terapeuta capiva la sua situazione, questa non fu più vissuta sotto la forma di una solitudine totale, ma divenne in qualche modo condivisa. L'intenzionalità che aveva sotteso il suo modo di essere era ora partecipabile. Essa iniziò così a non sentirsi più sola e poté proiettare sul terapeuta stesso la possibilità di una anche propria intenzionalità condivisa. Il terapeuta divenne così sede non solo della proiezione delle parti cattive e non tollerabili, ma anche della parte condivisa di lei. Divenne così un simile con cui lei fu disposta a parlare.

Spiegare da un punto di vista psicoanalitico il meccanismo di questa proiezione è assai complesso perché la proiezione, da un punto di vista psicoanalitico, è un meccanismo di difesa e si potrebbe non comprendere in che modo questa proiezione sia stata una difesa ed eventualmente da che cosa.

Ritengo che la possibilità di condividere le proprie esperienze e la costituzione di una parte di sé che conosca questa possibilità possa essere stata avvertita, oltre che come positiva, anche come dolorosa da parte delle parti onnipotenti della stessa paziente. Ci fu così una necessità di proiettare questa parte debole, la propria bipartizione, nell'altro, in modo tale che l'altro si facesse in qualche modo carico della necessità del dolore per la perdita dell'onnipotenza. D'altro canto, in linea generale, la proiezione nell'altro di questa parte debole rende possibile la comunicazione e è, per così dire, fun-

zionale alla vita e assume sempre maggiore forza dalla constatazione della propria funzionalità. La possibilità di proiettare la propria bipartizione psichica nell'altro, rende l'altro, proiettivamente, pure bipartito e pertanto simile al soggetto, soggetto altro con cui appunto la comunicazione può esistere. La proiezione di parti cattive e non condivise, rende la vita molto difficile o impossibile, mentre la proiezione di parti buone la rende meno difficile e comunque possibile.

Riflettendo ancora su questi due casi, possono essere rilevati alcuni punti teorici che mi sembrano importanti per quanto concerne l'acquisizione della propria alterità interna e della distinzione tra mondo esterno e interno.

L'acquisizione della distinzione tra mondo esterno e interno si fa, a livello percettivo, attraverso il fatto che le percezioni stesse mettono in contatto con due mondi, da uno dei quali (l'esterno) si può fuggire, mentre dall'altro (il corpo) no. Ma questa distinzione, la clinica lo dimostra, non vuole dire acquisizione dell'alterità presente in sé né dell'alterità del mondo esterno animato. L'esterno a noi è occupato dalle nostre proiezioni e di fatto non è conoscibile nella sua realtà, ma solo secondo ciò che noi vi proiettiamo. Si danno così vari gradi di diniego e di rifiuto dell'alterità dell'altro, da quelli più gravi a quelli più sottili. L'alterità è costituita, in modo funzionale alla vita, quando ciò che è proiettato è una esperienza condivisa, che viene proiettata perché vissuta presumibilmente come pericolosa dalle parti onnipotenti. Money-Kirley (2) ritiene di poter dedurre che gli oggetti cattivi siano i primi a diventare separati e/o esterni mentre quelli buoni i primi a divenire permanenti. Ritengo che dando maggiore importanza all'esperienza della condivisione, si possa anche pensare che, nella normalità, il contenimento delle esperienze possa determinare appunto precocemente la possibilità di proiezioni permanenti di parti buone « deboli » di sé.

Rimane da chiedersi se si possa mettere lo sguardo più a fondo in ciò che ho detto essere esperienza di

(2) R. E. Money-Kirley, *All'origine della nostra immagine del mondo*. Roma, Armando, 1971, p. 54.

condivisione, contenimento. Credo che, a questo proposito, sia molto importante riflettere sul rilievo, nella relazione madre/bambino, della presenza del terzo, di un termine esterno sullo sfondo del quale la relazione stessa avviene. Il momento di evoluzione nel rapporto con la seconda paziente è, da questo punto di vista, molto interessante. Quasi visivamente la situazione divenne da diadica, triadica e la comunicazione di parola poté in qualche modo instaurarsi. Nella scuola lacaniana il rilievo dato al Nome-del-Padre mette in luce, appunto, l'importanza di un elemento terzo nella relazione tra soggetto-Altro (madre). Ritengo che l'aspetto terzo debba essere pensato ed esaminato anche nei suoi aspetti precocissimi ed è per questo motivo che ritengo utili alcune considerazioni relative al modo di pensare la morte. Una delle esperienze che non appaiono sullo sfondo della relazione soggetto psicotico/madre è, a mio avviso, quella della morte. Si ha spesso la sensazione che certi genitori di psicotici avvertano che la morte sia in qualche modo evitabile e non la costituiscano quindi come quello sfondo necessario su cui la vita si staglia e prende senso. Non si può pensare la vita senza la morte, come forse non si può pensare il finito senza l'infinito, l'inconscio senza l'inconscio collettivo e così via. Esiste in moltissime esperienze un limite cui è possibile avvicinarsi, ma che non è mai raggiungibile ed il cui raggiungimento implica un cambiamento radicale. Si può quasi morire ma la morte è altra rispetto a ciò che la precede anche di un attimo. Così l'infinito è una dimensione diversa da ciò che gli si avvicina al limite. A livello della psiche dei genitori di soggetti psicotici è presente come un diniego di questo fatto e nell'inconscio è viva la fiducia che la morte possa non esistere. Questa speranza dell'immortalità è presente in tutti, ma c'è qualcosa che distingue profondamente le sue speranze. Nella situazione non psicotica si può sperare che la vita sia eterna ma questa speranza è legata all'esistenza di un qualche garante (un Dio, la natura). A livello inconscio può esistere la certezza che l'uomo sia senza morte, ma, nella nor-

malità, si ha l'impressione che questa stessa certezza inconscia sia legata alla presenza, pure inconscia, di un terzo che la garantisca. Diversa è la situazione psicotica, in cui questa presenza inconscia del terzo sembra del tutto assente. C'è di nuovo un riferimento al terzo che fa sì che il processo primario sia in qualche modo imbrigliato dalla consapevolezza conscia che l'uomo di per sé non è immortale. Sami-Alì nel suo studio sulla proiezione parla di un momento singolare dei meccanismi proiettivi nel quale « avendo ammesso che il reale esiste, il soggetto ne fa un caso particolare dell'immaginario ». Nella comunicazione genitori/bambino di tipo psicotico, il reale della morte è appunto un niente, è un accidente minimo rispetto alla morte psichica già avvenuta che ha come suo contraltare una supposta continuità senza limite. Ciò che fa da sfondo è assente, scomparso e la vita psicologica non può differenziarsi. Non esiste limite invalicabile e la vita psicologica non può allora prendere spazio. Ci sono, ad esempio, dei genitori che annullano sé stessi per il bene del figlio psicotico, ma questo loro sacrificio totale non è spesso utile perché essi non si pongono come rappresentanti di quel terzo, di quella oggettività che li garantisce come genitori.

(3) Sami-Alì, *De la projection*, Parigi, Payat, 1970, p. 177. p. 177.

Perché il contenimento possa insomma esistere e, con il contenimento, l'attivazione della vita psicologica, occorre che il rapporto duale sia aperto alla dimensione terza, occorre cioè che il soggetto « sappia », « abbia esperienza » del fatto che non tutto è possibile all'uomo, ma che l'uomo costruisce il suo mondo solo se sa che la sua realtà è immersa in un mondo che non conosce. Tra la retta parallela ad una retta  $x$  e quella retta tra le due che ancora incontra la retta  $x$  all'infinito, possono essere pensate infinite altre rette. Nello stesso modo l'essenza del reale (come nelle considerazioni precedenti l'essenza della morte) resterà sempre al di fuori della conoscenza umana. Ma è proprio questa consapevolezza della presenza in noi e nel mondo di qualcosa di inattuabile che permette di costruire una vita psichica.