

Evidenze di vita: spazi terapeutici tra sguardo e parola

“L’occhio percepisce ciò che la mente non sa definire”

Paul Valery (1926)

Abstract: Attraverso due situazioni cliniche anomale, ma certamente esemplari, l’autrice analizza alcuni peculiari fenomeni psichici che caratterizzano la relazione analitica con i pazienti psicotici, in rapporto alla assenza di simbolizzazione. Le vignette cliniche mostrano come l’analista, o meglio il corpo e lo sguardo dell’analista esposto allo sguardo del paziente, possa fungere da veicolo di identificazioni simbolizzanti nel qui ed ora della seduta. L’evidenza di una presentazione affettiva radicata in un corpo (quello dell’analista) può costituire il fondamento sensibile a partire dal quale può generarsi il simbolo, attraverso una iniziale indistinzione fra registro simbolico e veicolo del simbolo (l’analista stesso). Il potenziale trasformativo di questi fenomeni transizionali di soggettivazione può esplicarsi a patto che l’analista rinunci all’uso difensivo delle teorie e delle interpretazioni e sappia inventare una terapia specifica per ogni paziente.

Keywords: psicoterapia psicoanalitica delle psicosi, Fenomeni transizionali di soggettivazione, Setting interno, Enactment, Simbolizzazione

Life evidences: therapeutic spaces between gaze and word.

Abstract: Through two atypical but distinctive clinical situations, the author analyses some peculiar psychic phenomena that characterize an analytic relationship with psychotic patients, in relation to the lack of symbolization. The clinical samples show how the analyst, or rather the analyst’s body and gaze exposed to the patient’s gaze, can act as a vehicle of symbolizing identifications in the ‘here and now’ in the clinic assessment. The emotional presentation, which is well-established in a body (the analyst’s body), can build the sensitive foundation from which the symbol can be generated, through an initial no-distinction between symbolic register and vehicle of the symbol (the analyst himself). The transformative potential of this transitional subjectification phenomena can be explained as long as the analyst gives up on the defensive use of the theories and the interpretations and can create a specific therapy for each patient.

Keywords: Psychoanalytic psychotherapy of psychosis, transitional phenomena of subjectification, internal setting, enactment, symbolization

* psicoanalista indipendente

Attraverso due situazioni cliniche anomale ed eccezionali, ma certamente esemplari, voglio soffermarmi a discutere i punti concettuali che possono dar conto di alcuni dei fenomeni psichici che accadono nella psicoterapia psicoanalitica dei pazienti psicotici, che accadono a noi, al paziente, alla relazione. Si tratta di fenomeni che si realizzano in rapporto alla assenza della simbolizzazione che caratterizza una componente centrale dello psichismo psicotico, e alle possibilità che l'analista, o meglio il corpo dell'analista esposto allo sguardo del paziente, possa fungere da veicolo di simbolizzazione e quindi di soggettivazione, a patto che l'analista sappia arrendersi alla necessità di inventare una terapia specifica per ogni paziente.

Penso che possiamo dare per scontato che nel trattamento delle psicosi¹ non si realizza il transfert in senso stretto (così come concepito da Freud), attraverso il quale vengono trasferite sull'analista delle rappresentazioni, sulle quali la coppia analitica lavora. In assenza di rappresentazioni, le interpretazioni analitiche che semplicemente riformulano i contenuti, come vedremo, non possono avere una efficacia di per sé, non avendo una base di appoggio se non un vuoto di rappresentazione, un vuoto angosciante. Ciò non significa che il paziente psicotico non sia capace di investire l'analista, anzi l'investimento, fatto di eccitazioni psichiche caotiche e grezze è costituito da una materia prima psichica in cerca di rappresentabilità. Tale investimento può essere massiccio, intenso e confondente al punto da spiazzare l'analista, immobilizzando le sue facoltà associative, la sua libertà e la sua stessa continuità come analista del suo paziente. Sulla scia di Searles (1959) possiamo dire che i pazienti psicotici provano a renderci folli, ma, come vedremo negli esempi clinici, cercano anche, a modo loro, di aiutarci ad uscirne.

Bisogna partire dal fatto che è decisamente difficile maneggiare questo tipo di investimenti, sia per noi che per il paziente. Per accostare il problema può esserci d'aiuto la formula lapidaria utilizzata da Evelyne Kestemberg (2001a) a descrivere il punto di partenza, la base del reciproco posizionarsi iniziale di paziente e analista nella loro dissimmetria. La Kestemberg sostiene che «nell'incontro fra noi e il paziente psicotico si tratta sempre di due chiusure narcisistiche che si confrontano, quella dell'analista e quella del paziente, essendo ciascuno dei due messo in pericolo dall'altro. Ciascuno dei due protagonisti si trova costretto a vegliare, a preservare, a conservare la sua propria integrità; evidentemente con un impatto diverso per ciascuno dei due, pur esistendo il problema per entrambi» (p.172).

L'angoscia attivata dall'esposizione ai transiti di contenuti psichici che attraversano il campo relazionale, richiama in entrambi l'uso di quelle difese

¹ Un interessante panorama dei recenti contributi psicoanalitici sul tema del trattamento delle psicosi lo troviamo in: Lombardi, Rinaldi e Thanopoulos (2016).

che tendono a costituirsi come baluardo rispetto al dilagamento dell'angoscia: per il paziente possono essere le costruzioni deliranti, per l'analista l'uso difensivo delle teorie e delle interpretazioni. Nella misura in cui queste difese nell'analista tendono a stabilizzarsi, può realizzarsi una sorta di inconsapevole contro-atteggiamento (Kestemberg, 2001b) difensivo nei riguardi del paziente, con la conseguenza di uno stallo nel processo terapeutico, dovuto in buona parte alla messa fuori gioco delle risorse che possono scaturire dalla propria "capacità negativa" di analista, che, come sappiamo a partire da Bion (1970) riguarda il saper «perseverare nelle incertezze, attraverso i misteri e i dubbi, senza lasciarsi andare ad una agitata ricerca di fatti e ragioni» (p. 169). Ma vediamo attraverso il primo esempio clinico come una simile situazione di stallo ha potuto sbloccarsi.

La prima situazione esemplare che voglio presentare ha costituito per me, attraverso l'esperienza di una brusca interruzione dell'attività interpretativa, che a posteriori ho potuto definire difensiva, la pietra miliare di un riposizionamento terapeutico in rapporto ai pazienti psicotici. Si tratta infatti di una esperienza risalente ai primi anni della mia attività terapeutica, ed è ciò che accadde in una seduta con un paziente psicotico a due anni di distanza dall'inizio della sua terapia.

Lavoravo con un paziente che aveva la convinzione assoluta di essere nocivo, di avere una negatività che infettava la realtà. Lui si percepiva come una sorta di avvelenatore, per cui tutte le cose con cui entrava in contatto (oggetti, persone) venivano investite da questa negatività interna e, in quanto danneggiate da lui, subivano una metamorfosi negativa. Avevamo lavorato molto su questo, io mi ero prodigata in interpretazioni, cercando di dare altre spiegazioni, altre restituzioni di senso del delirio fino a che un giorno successe una cosa sconcertante. Prima di andare in studio quel giorno ero andata a comperare un bellissimo mazzo di tulipani gialli, li avevo messi in un vaso poco prima di ricevere il paziente. Arrivò, raccontò le cose successe quella settimana da cui estraeva il solito significato. Io ricominciai a dire che si poteva darne un'altra interpretazione, si poteva vedere le cose in un altro modo, opponendo il mio ritornello al suo...quando lui mi disse: "Ma dottoressa, guardi sul suo tavolo, sono stato io!" Mi sono girata e i tulipani sul tavolo si erano completamente afflosciati, le corolle reclinate sul tavolo, come morti. Ho avuto un'esperienza di vacillamento, di spiazzamento, nella quale, ad un iniziale vissuto di mancanza di via d'uscita, era subentrato un movimento psichico di possibilità di arrendermi a viverne intensamente il senso relazionale, in concomitanza con l'interruzione violenta dell'attività interpretativa. Di fatto quell'esperienza ha portato, nella relazione tra me e il paziente, la possibilità di parlare di questo suo vissuto in modi com-

Gli Argonauti

pletamente diversi. Io avevo avuto uno shock emotivo che mi aveva consentito di entrare in contatto profondo con ciò che il paziente provava e a cui rispondeva con la costruzione delirante. Avevo avuto un'esperienza di forte spiazzamento, ero stata attraversata dalle "sue" percezioni, ma esse in me avevano avuto un destino diverso² e ciò mi dava l'autorità di riaffrontare il problema dell'interpretazione dei suoi vissuti di contagio negativo in un altro modo. Ai suoi occhi ero stata investita da quella negatività e non ne ero stata danneggiata, travolta, in certo senso ero sopravvissuta; aveva potuto suscitare in me una reazione e il risultato non era stato un rifiuto...soprattutto aveva un testimone ed egli stesso era stato testimone dell'evidenza della mia reazione: a partire dall'evento di quell'esperienza condivisa le mie interpretazioni potevano essere credibili; a quel punto potevano anche funzionare, non prima. Le stesse interpretazioni, quanto a contenuto, ora potevano avere un'efficacia perché si innestavano in un'incarnazione.

A distanza di un paio d'anni, durante una seduta con lui, si verificò un blackout elettrico, ci fu fra noi uno sguardo d'intesa e il paziente disse ridendo "non sono stato io!".

È evidente che in un accadimento come questo la relazione è attraversata da una condensazione, per così dire acuta, di fenomeni transizionali di soggettivazione.

Cosa potremmo leggere in ciò che è avvenuto per il paziente per il tramite del realizzarsi di una *identificazione simbolizzante* nel qui ed ora della seduta?

Sono molti i piani implicati nel potenziale trasformativo dell'esperienza scaturita da questo evento, e fondamentali le poste in gioco. Provo ad elencare le principali:

- il problema originario dalla sopravvivenza del sé e dell'oggetto al contatto con il rischio della mortificazione, della devitalizzazione e dell'agonia;
- il problema dell'accesso alle matrici sensoriali del pensiero ossia il problema del passaggio dall'immagine di cosa all'immagine di parola, passaggio che viene ad essere la sostanza, come dice Piera Aulagnier (1975), della possibilità di simbolizzazione, con un accesso possibile alla parola e al pensiero in quanto non-cose: se pensiamo al mio paziente il passaggio dall'essere colui che concretamente mortifica ed avvelena trovandone la dimostrazione e la conferma nella realtà di fatto, all'essere colui che può provare sentimenti negativi o provare paura di essere oggetto di sentimenti negativi, potendo

² Un'immagine che può aiutare è quella di essere stata gettata, allora mio malgrado, in uno stato psichico assimilabile a ciò che Bion (1970) descrive quando parla di *assenza di memoria e desiderio*, (Cap. 4, *passim*), condizione psichica che, per l'autore, favorisce il divenire in parte la realtà psichica del paziente.

Gli Argonauti

assegnare uno statuto di verità alla realtà psichica del rapporto con il negativo e con il male;

- il problema della donazione di senso al percepito, e a tutti i movimenti pulsionali frammentati e caotici, un senso che non sia il nostro, un senso che sia donato al paziente in quanto suo;

- il problema della fondazione di una sorta di grado zero delle delimitazioni possibili fra sé e sé e fra sé e l'altro e per il riconoscimento delle appartenenze;

- il problema dell'accesso ad uno sguardo su di sé attraverso l'esperienza del vedere di essere visti, essendo ascoltati e 'sentiti'.

Vedremo ora come in un'altra situazione clinica esemplare possiamo ritrovare altre declinazioni delle stesse costanti fondamentali.

Il secondo evento esemplare che voglio qui interrogare insieme a voi si situa al nono anno della relazione terapeutica con una paziente gravemente depressiva, orfana di entrambi i genitori. Il suo male si era manifestato in una grave bulimia; sentiva delle voci, queste allucinazioni acustiche le ri-narravano fatti quotidiani, a volte erano rassicuranti, a volte critiche, malevole, colpevolizzanti; assumeva quotidianamente (cosa confessata con vergogna dopo anni) grandi quantità di psicofarmaci tranquillanti che si procurava per conto suo; ma soprattutto viveva stati di grave torpore, simili al dormiveglia, letarghi che potevano durare anche molti giorni chiusa nella casa in cui viveva da sola. Durante il nono anno di terapia, quando già i suoi cambiamenti si erano fatti significativi, appena rientrata da una mia assenza di una decina di giorni, ricevo una sua telefonata, mi riferisce, molto angosciata, che dal giorno del nostro ultimo incontro è chiusa in casa, non ha visto nessuno, ha staccato il telefono: *“era tanto che non succedeva così...anni...la paralisi assoluta...il letargo...per giorni...per tutti questi giorni”*. La invito a raggiungermi in studio il giorno stesso, tre giorni prima dell'appuntamento concordato. È agitata, mi dice che sta male che pensa che io non potrò fare più niente per lei, che abbiamo fatto molto, ma che per questo suo male forse ci vuole dell'altro, ma non sa cosa, forse non c'è proprio più niente da fare. Aggiunge con fermezza e determinazione che non accetterà da me alcuna interpretazione che colleghi tutto ciò alle mie vacanze. Era successo diverse volte, nel corso degli anni, che in mia assenza lei fosse stata male e ciò aveva consentito un collegamento fecondo tra i suoi vissuti di abbandono e questi stati di grave malessere; in quel momento però lei mi dice con una determinazione impressionante che tale collegamento questa volta lei non lo accetterà. E lo dice con una forza tale da lasciarmi sbalordita e assolutamente senza parole; in particolare il suo diffidarmi dal replicare con una interpretazione lo percepisco come una verità accecante. E resto in silenzio. Il mio silenzio non la scoraggia ed inizia

Gli Argonauti

a parlare concitata della morte nella quale è immersa, dell'angoscia insopportabile della solitudine, dei farmaci che ogni notte ha ripreso ad ingurgitare; dice che *"il pensiero del suicidio, un suicidio riuscito, è qualcosa di troppo vitale per poter essere formulato dentro quella morte"*. A quel punto piange. Piange parlando di questa morte che, dice, "è peggio della morte fisica".

Io comincio a percepire in me il sorgere di un pianto irrefrenabile. Vivo un grande disagio, un'esperienza di spiazzamento rispetto all'immagine e al vissuto di me terapeuta, abituata ad una certa neutralità espressiva. In una frazione di secondo un pensiero in me cerca una scelta, penso semplicemente che un controllo in quel momento non ha senso e forse non è nemmeno possibile. E quindi piango, piango copiosamente in silenzio con una percezione tutt'affatto particolare: sento il pianto che mi attraversa *assolutamente vero e nel contempo non mio*, al di fuori del sentimento riconoscibile di me piangente. In quel momento vivo rispetto a questa percezione un'ulteriore esperienza di spiazzamento. Lei mi guarda incredula; continua a piangere e a quel punto cambia discorso: parla del suo pianto, del convincimento che sia *falso*, una esibizione, qualcosa fatto per qualcos'altro. In quell'attimo, con sorpresa, sono chiaramente confrontata con una sua interpretazione delirante dei suoi stessi sentimenti che non era mai emersa nel corso di tutti quegli anni e che mi appare come qualcosa di veramente terribile. Il mio pianto si calma, ritrovo le parole: le chiedo se ha la medesima impressione di falsità di fronte al mio pianto. Lei mi risponde di no, non ha dubitato nemmeno per un istante, *lo ha visto che era vero*. La incalzo chiedendole per quale motivo non può pensare la stessa cosa di sé...le dico che ai miei occhi il suo pianto era il dolore, la disperazione che finalmente lei poteva esprimere, condividere, del tutto diverso dal suo piagnucolare vittimistico che tante volte avevamo incontrato. Continuando a piangere risponde che non aveva mai pensato che fosse possibile una cosa simile, che non era mai accaduto... Ora era dunque la paziente a vivere un'esperienza di spiazzamento! La seduta si chiude qui. La separazione mi lascia in uno stato di attesa, di sospensione. Non sapevo come l'evento, lo spiazzamento avrebbero 'lavorato' dentro di lei.

Nella seduta successiva tre giorni dopo mi porta una lettera, una lettera scritta a me la notte stessa della seduta precedente, mi dice che ha scritto perché aveva paura di falsificare, di far sparire ciò che era avvenuto. Ecco un brano di questa lettera:

"...la profonda solitudine che ogni notte (con sempre più farmaci) devo combattere per non morire e addormentarmi, non c'è più, non ha più ragione di esistere. Ormai la conosco, non mi strazia più il cuore stanotte: lei l'ha esplorata con me ed è sopravvissuta. Ora sto piangendo, c'è che le pastiglie, tutte le pastiglie che ho preso, fanno il loro effetto, si fanno sentire in tutta la loro quantità. Giuro che prima non l'ho mai sentito, perciò

Gli Argonauti

augmentavo le dosi. Se ciò succede vuol dire che sono libera, libera di diminuirle perché nella solitudine che mi attanaglia la notte ora qualcuno mi tiene per mano. Non c'è più bisogno di un surrogato, è come se mi fossi liberata di una cosa vergognosa da dire, ma vitale per continuare..."

Io leggo la lettera, lei mi guarda finché la leggo; poi comincia subito a parlare e mi svela un altro contenuto delirante trasferito su di me, riguardante chiaramente la madre: parla del convincimento che la sua sofferenza potesse uccidermi, del suo doverla vivere in solitudine per proteggermi, farmi vivere e, di conseguenza, proteggersi, ma al prezzo di una mutilazione, di un vivere in una quasi- morte. Vivere in una quasi-morte per controllare e sconfiggere la morte dell'altro. È stato così con sua madre, gravemente depressa fin da quando lei era piccola. Erano state complici, anche sui farmaci. Lei procurava per sé e per la madre sonniferi ed anfetamine. La paziente a quel punto dice:

"Quando mia madre si ammalò gravemente io volevo restare con lei, ma tutto si rompe, io non capivo, stavo male, lei non voleva vedermi, mi allontanava, voleva mia sorella, io insistevo, la odiavo, facevo delle cose apposta perché vedesse quanto stavo male, ma ciò la faceva diventare ancora più fredda e distante, non c'era possibilità di parlare, di capirsi. Quando morì ero convinta di averla uccisa io con la mia rabbia, non ero riuscita a salvarla, come tutte le altre volte fin da quando ero bambina, quando lei passava le sue giornate al buio chiusa nella sua stanza ed io le portavo cibo e farmaci...Nei miei letarghi ero con lei, nella morte. Allora mangiavo e mi dicevo 'se mangio sono viva', ma adesso non vorrei più continuare a seppellirmi dietro il cibo".

È chiaro che accanto a tutto l'immenso dolore, a quel punto, c'era anche una particolare forma di gioia: una chiusura, una impermeabilità si era rotta, qualcosa di nuovo, ora, era finalmente possibile per lei, qualcosa che evidentemente prima di allora non era nemmeno immaginabile.

Cosa dire del mio pianto? E in particolare dello stato d'animo che lo accompagna? Possiamo vederlo come il divenire in parte la realtà psichica della paziente? Una realtà per lei ancora virtuale?

Per l'effetto che ha avuto, possiamo individuare nel pianto un elemento transizionale di soggettivazione espressivo dell'interiorità del sentimento, che, con la sua *evidenza* fa emergere l'interpretazione psicotica che la paziente ha del piangere e nello stesso tempo può donare accesso al suo pianto, darne un senso soggettivo in un rapporto possibile con la verità e con la realtà della disperazione.

Attraverso la *visione* del pianto in me, la paziente accede alla possibilità di un *rispecchiamento*: vedere la disperazione e sopravvivere; non coincidere con essa, differenziarsi, ri-conoscerla e poterla pensare. All'adesività psicotica all'immaginario (De Waelhens 1972), all'*evidenza di morte* con la quale

essa appare nella convinzione delirante della paziente che io sarei rimasta uccisa dal contatto con il suo dolore rabbioso e disperato, al punto tale da doverlo pensare falso, subentra l'evidenza di vita della sopravvivenza al dolore, che ha il suo fondamento in una partizione.

La disperazione, che nel mondo psicotico della paziente innescava una uscita dalla realtà, attraverso l'evento, diviene il punto di innesco di quell'accesso alla realtà di cui l'evento stesso è l'elemento inaugurale, con la conseguenza per la paziente di trovarsi confrontata effettivamente con la propria malattia e con la propria possibilità di salute, come lei stessa scrive nella sua lettera. Si tratta del realizzarsi del presupposto per quella scelta alla quale, secondo Searles (1965), il paziente delirante non ha mai potuto accedere e che, a suo avviso è fondamentale nei processi di guarigione degli stati psicotici e borderline.

È evidente che entrambe le situazioni cliniche sono decisamente eccezionali e irripetibili, così come è evidente che la dimensione di efficacia, attivatasi a partire da entrambi gli eventi, è legata a tutto il lavoro terapeutico fatto in precedenza, che attraverso l'evento viene rigorosamente ricostellato. Se così non fosse saremmo di fronte a qualcosa di pericoloso e arbitrario, qualcosa come una psicoanalisi selvaggia.

Pur tenendo conto dell'irripetibilità, della non riproducibilità intenzionale, in entrambi i casi possiamo rintracciare delle costanti, che possono contribuire ad illuminare e ad affrontare situazioni cliniche in cui fenomeni analoghi si presentano in modo molto meno eclatante.

In entrambi i casi possiamo rintracciare degli elementi di enactment, in un clima di forte tensione psichica, con la priorità etica della necessità di tutela della relazione terapeutica e del mantenimento di un setting interno particolarmente rigoroso che, come sostiene Roussillon (2008), viene ad essere il vero garante di uno spazio potenziale in cui l'analizzante può mettere in gioco e costruire il senso di ciò che ha vissuto.

L'esperienza di scacco del pensiero difensivamente interpretante rende l'analista esposto, nella relazione, al divenire pura *evidenza*, agli occhi del paziente, di quelle particolari immagini emotive che possono costituire, per il paziente stesso, il supporto per l'accesso ad una trama d'esperienza generatrice di pensiero, proprio laddove il delirio aveva sostituito il poter pensare l'esperienza.

L'analista, mantenendo contemporaneamente sia una soggettività separata, sia una soggettività transizionale³ può passare, anche repentinamente, da una forma di presenza-contenitore ad una forma di presenza interpretante che ha come fondamento la co-creazione del senso dell'esperienza condi-

³ Vedi: Benedetti (1991) e Faccincani (2010).

visa nell'*hic et nunc* della seduta. In gioco c'è la disponibilità dell'analista a diventare quell' "oggetto malleabile" che è mancato nelle relazioni primarie del paziente e a trasformare la relazione in quel "medium malleabile"⁴ di cui parlava Marion Milner (1955).

L'analista attraverso un'esperienza limite di *esposizione*, lascia libero uno spazio nel quale una evidenza si impone, un'evidenza che apre un contatto di prossimità particolare con la possibilità di rintracciare un senso vitale inafferrabile altrimenti. L'evidenza di cui stiamo parlando è di fatto una *presentazione affettiva* radicata in un corpo (quello dell'analista) del fondamento sensibile a partire dal quale può costituirsi il simbolo, attraverso una iniziale indistinzione fra registro simbolico e veicolo del simbolo (l'analista stesso).

Evidenza dunque sul piano del sensibile come *affermazione* di realtà e allo stesso tempo fondazione dello scarto da cui può emergere la parola nella sua irriducibile non coincidenza con la cosa. *Evidenza di vita* contrapposta all'*evidenza di morte* della coincidenza psicotica di parola e di cosa. Evidenza condivisa nel rapporto contrapposta all'evidenza di morte con la quale essa appare nelle interpretazioni deliranti. *Evidenza di vita* di una trasformazione possibile, di una condivisione possibile, di una identificazione possibile.

L'esperienza e la testimonianza nella relazione terapeutica di ciò che si impone come evidente, rompendo la catena interpretativa, può costituire un vero e proprio *evento psicoanalitico*, inteso come *spazio riconoscibile della trasformazione*, laddove una forma data può, attraverso la catastrofe di se stessa, dare origine ad una nuova forma, passando attraverso l'incontro con una *verità psichica* non ancora simbolizzata, che nell'evento può entrare in gioco e aprirsi ad una possibilità di simbolizzazione.

Questo tipo di avvicinamento, che si dà nell'evento, ad una verità psichica non ancora simbolizzata avverrebbe, come abbiamo visto, attraverso il contatto, veicolato da una evidenza, con un sentire esperienziale tutt'affatto particolare, che ci mette in rapporto con ciò che sta prima di ogni transfert, di ogni rappresentazione, con quello stato psichico che può essere definito stato originario della rappresentazione, che, per l'indistinzione di soggetto e oggetto è anche agonia del soggetto o origine del suo punto di emergenza.

Se l'evento si dà, si produce una breccia in un concatenamento dato, che libera la possibilità di una *rifondazione della parola* dentro un aggancio nuovo con una esperienza emotiva di relazione che, con la sua evidenza, può opporsi all'interpretazione psicotica e costituire un ancoraggio ad una forma possibile di verità condivisa attraverso il linguaggio.

⁴ Il concetto di malleabilità introdotto da Marion Milner, è stato ripreso più recentemente da Roussillon. Vedi: Vecchio (2014).

Bibliografia

- Aulagnier P. (1975). *La violence de l'interprétation: Du pictogramme à l'énoncé*. Paris: PUF. (trad. it. *La violenza dell'interpretazione*. Roma: Borla, 1994, p. 46).
- Benedetti G. (1991). *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bion W.R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications (trad. it. *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando Editore, 1973, p.169).
- De Waelhens A. (1972). *La Psychose*. Louvain: Nauwelaerts (trad. it. *La psicosi*. Roma: Astrolabio, 1974).
- Faccincani C. (2010). *Alle radici del simbolico*. Napoli: Liguori.
- Kestemberg E. (2001a). *Le personnage tiers*. In: *La Psychose froide*. Paris: PUF, p. 172.
- Kestemberg E. (2001b). *Remarques sur le contre-transfert dans le traitement de malades psychotiques*. In: *La Psychose froide*. Paris: PUF, pp. 201-214.
- Lombardi R., Rinaldi L. & Thanopoulos S., a cura di (2016). *Psicoanalisi delle Psicosi. Prospettive attuali*. Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- Milner M. (1955). *Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole*. *Revue française de psychanalyse*, n. 5-6, 1979.
- Roussillon R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris: PUF.
- Searles H. F. (1959). *The Effort to Drive the Other Person Crazy - an Element in the Aetiology and Psychotherapy of Schizophrenia*. In: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subject*. London: The Hogarth Press, 1965 (trad. it. *Il tentativo di far impazzire l'altro partecipante al rapporto: una componente dell'etiologia e della psicoterapia della schizofrenia*. In: *Scritti sulla schizofrenia*. Torino: Boringhieri, 1974, pp.243-271. pp.618-619).
- Valery P. (1926). *Le retour de l'Hollande*. Paris: Oeuvre I Gallimard, 1957, p. 852.
- Vecchio S. (2014). *La soluzione psicotica nel pensiero di René Roussillon*. In: *Balsamo M., a cura di. Momenti psicotici nella cura*. Milano: Franco Angeli.