

L'OGGETTO ESTETICO

di Donald Meltzer¹

Ho letto con piacere questo contributo di Meltzer che è inserito in un contesto più ampio ma che qui è presentato come una lunga citazione sul tema dell'“Oggetto estetico”. Mi è parso utile condividerlo con i lettori della nostra rivista per aprire un dibattito sui temi che esso propone. Tali temi, io credo, sono fuori da ogni schematismo di età o di patologia dei pazienti. Certamente bambini e pazienti gravi possono sembrare maggiormente interessati ai fenomeni descritti. Io penso, tuttavia, che l'assetto analitico cioè la cura analitica fatta da un terapeuta che lavora sul piano psicodinamico non possa trascurare questi fenomeni, anche se li può chiamare come meglio crede secondo il linguaggio che meglio li esprime.

Meltzer

“Alcuni avranno notato, come d'altra parte me stesso, che io parlo sempre più spesso di “oggetto estetico”. E' vero che nella mia pratica analitica certi cambiamenti sono intervenuti in ciò che concerne le mie idee sulla natura della sofferenza psichica, e l'organizzazione dei processi difensivi contro questa sofferenza. Queste idee si allontanano un po' da quelle di M. Klein. Ciò è parzialmente dovuto all'assimilazione progressiva delle idee del Dr. Bion su ciò che egli chiama “la cesura della nascita”, sulla transizione tra essere un animale acquatico e un animale aereo. Possiamo portare l'attenzione su questa transizione. Possiamo cominciare a pensare alla vita intra-uterina, in ogni caso agli ultimi mesi di questa, come a un periodo in cui il bambino avrebbe delle esperienze emozionali. Possiamo, a partire da ciò che ci mostra il materiale clinico, tentare di ipotizzare concettualmente la natura di questa esperienza, così come il modo con cui questa prepara il bambino alla transizione verso una vita fuori dal corpo materno. Possiamo prendere in considerazione qualcosa dell'ordine della preparazione istintuale o, come direbbe Bion, delle “preconcezioni innate” che sono già in via di installarsi *in utero* : i diversi apparati sensoriali (visivi, uditivi, gustativi, etc.) sono già stimolati dalla natura dell'oggetto nel quale si trova il bébé, anche se ciò non avviene che in maniera indistinta, filtrata. Possiamo ugualmente tenere conto del fatto che, durante gli ultimi due mesi della vita intrauterina, il bébé si sente molto contrariato da questo contenitore; egli non ha quasi più spazio per muoversi, può, certamente, girarsi e cambiare di posizione ma, secondo me, si deve sentire terribilmente incastrato là dentro; il suo corpo deve aspirare a liberarsi da questa costrizione. Mi sembra che Bion aveva completamente ragione di pensare che il feto non ha coscienza della sua crescita, è molto più probabile che egli risenta che il *claustrum* si restringe intorno a lui, come lo vediamo in certi sogni.

Così, se voi pensate a questo ultimo mese, in cui i diversi sensi sono pronti a funzionare ma non ricevono che delle stimolazioni molto filtrate, in cui i muscoli e il corpo sono ugualmente pronti a funzionare, ma non possono farlo, in questo stato di terribile costrizione, l'evasione da questa prigione deve senza dubbio avere un fantastico significato emozionale di libertà : quella della libertà a funzionare. Differenti esperienze cliniche mi hanno fortemente suggerito che questa uscita dal tunnel, questa esplosione per i sensi che rappresenta l'apparizione del mondo esterno, deve costituire la prima esperienza estetica. Io penso per esempio a certi sogni di pazienti, o a certi bambini all'inizio della loro terapia che sembra non abbiano cominciato il loro sviluppo prima di

¹ D. Meltzer, L'objet esthétique, Revue Française de Psychanalyse, 5/1985. Traduzione di Francesco Mancuso.

trovare un terapeuta che fa veramente attenzione a loro e verso il quale essi avranno un vera esplosione d'amore.

Il materiale clinico che abbiamo sentito illustra bene ciò che M. Klein ha descritto concernente l'oscillazione tra le posizioni schizoparanoide e depressiva; tuttavia questo materiale può anche essere descritto come l'oscillazione tra oggetto parziale e oggetto totale, o tra una relazione quantitativa e qualitativa verso il mondo, o tra assenza e presenza di significato, o ancora, tra assenza e presenza di emozione. Tutti questi aspetti sono sottointesi nella distinzione tra posizione schizoparanoide e posizione depressiva.

Io sono sempre più sovente incline a pensare, e questo a causa delle esperienze cliniche, che non sia più concepibile pensare al neonato come avente un equipaggiamento così immaturo da non potere avere che delle esperienze emozionali molto primitive. In ogni caso occorre un punto di partenza. Con ciò non sembra utile pensare: "Ebbene, le esperienze emozionali cominciano all'età di quattro anni, o di quattro mesi, o di quattro giorni, o di quattro giorni prima della nascita". Bisogna pure che a un certo punto si cominci a provare l'esperienza emozionale dell'impatto del mondo su se-stesso. Dal punto di vista interno all'esperienza, e tenendo a mente il modello di una brutale evasione fuori da un *claustrum*, possiamo anche pensare a un'evasione fuori dalla semplicità di una vita da computer, fuori dalla dimensione di una vita a due dimensioni, fuori da una vita dove le cose non sono che quelle che sembrano essere e niente altro, fuori da una vita di causalità e di automaticità; evasione per una vita in un altro mondo di esperienza dove l'essenziale è costituito da emozioni risvegliate nel soggetto dalla bellezza del mondo.

Mi sembra che, prima di essere stati abbagliati dalla bellezza dell'oggetto, la richiesta di sapere: "E' così bello anche all'interno?" non può presentarsi. Ora questa domanda costituisce, secondo noi, il cuore stesso di ciò che noi intendiamo con "significato". Prima di avere ricevuto questo impatto con la bellezza dell'oggetto e, dunque, di sentirsi fortemente incline a porre la domanda "Chissà se è bello all'interno?", mi sembra che si funzioni sulle basi, meccaniche e semplici, dello stimolo/risposta. Non abbiamo nulla a cui si possa pensare prima della comparsa di questa domanda: "Ah... ma è bello all'interno?". Questo corrisponde bene a ciò che M. Klein chiamava la natura della pulsione epistemofila, il cui primo oggetto è l'interno del corpo della madre (oggi ugualmente compreso come l'interno del suo psichismo: ciò che lei pensa, ciò che lei sente, le sue intenzioni, la sua storia, etc...). Se facciamo il collegamento con la formulazione o con la costruzione sviluppata dal Dr. Bion riguardo all'apparato per pensare, in particolare con la funzione *alfa* che serve a pensare i pensieri, lo stimolo a formare dei pensieri sarebbe l'impatto di questa domanda "Ma è bello all'interno?". E' a questa domanda, a questo bisogno di porre questa domanda che risponderà la funzione *alfa*, la formazione di simboli, i pensieri del sogno, etc... .

Mi sembra che questo fa una grande differenza nel vostro approccio clinico se voi pensate in questi termini, cioè se pensate alla posizione schizoparanoide non come primitiva, ma come la posizione dove ci si ritira per proteggersi contro l'impatto della bellezza dell'oggetto, contro l'emozionalità, contro i problemi e le domande che solleva questo impatto. La posizione schizoparanoide è una posizione difensiva, essa è sempre una difesa contro il dolore della posizione depressiva.

Questa domanda: "E' bello all'interno?" è l'essenza stessa della posizione depressiva. E mi sembra che ciò abbia delle ripercussioni importanti nella nostra modalità di lavorare: se voi pensate alla posizione schizo-paranoide come alla posizione evolutiva primaria che, in seguito, porterà alla posizione depressiva, voi farete molta attenzione alla fenomenologia della posizione schizoparanoide (a tutti i processi di scissione, di identificazione proiettiva, etc...), e voi la lavorerete in tutti i dettagli, pensando che così, in maniera naturale il transfert evolverà. Ma se, al contrario, voi pensate che la prima esperienza evolutiva è l'esperienza esplosiva della bellezza dell'oggetto, con questa domanda fonte di angoscia: "E' così bello all'interno?", allora la vostra attenzione si porterà sempre, nell'osservazione del materiale, sulle tracce dell'impatto di oggetti estetici, così come sulle tracce delle difese contro questi impatti. Voi osserverete il vostro materiale in maniera molto differente. In più, mi sembra che se voi seguite il materiale di natura schizoparanoide

sottolineando un grande interesse per i suoi dettagli, ciò avrà come effetto di dare a questo livello di fenomenologia uno statuto di rispettabilità così come una tendenza a prolungarne l'esistenza. E' quasi una perversione dell'analisi. Un'attenzione importante portata sui dettagli delle attività sessuali perverse del paziente, sui piccoli dettagli delle sue attività ossessive o sugli ingarbugliati compromessi relazionali e delle sue idee paranoide, etc. ... , costituisce quasi una complicità segreta con il paziente per restare nell'ignoranza del fenomeno depressivo.

Ma nell'analista stesso, certe condizioni sono richieste in rapporto alla visione del mondo. Perché non potete adottare questa posizione solo se voi considerate che è la sola posizione relazionale che si possa adottare di fronte alla vita e di fronte al mondo. Se voi siete troppo impressionati da ciò che leggete sui giornali, se pensate che questi rappresentano bene ciò che è la vita sul pianeta, allora vi sarà impossibile adottare questa posizione di fronte ai pazienti. Inevitabilmente, prima o poi, voi avrete una visione più pessimistica del mondo. Ma se, al posto di leggere i giornali, voi andate a passeggiare in campagna, o al Jeu de Paume, o se voi leggete Shakespeare, etc., voi avrete un'impressione totalmente differente, e vedrete che la domanda che raccoglie e ricopre tutto ciò che vi preoccupa è : “ Ah! Ma è così bello all'interno ?”.

Commento di Francesco Mancuso

Il valore di questo breve intervento di Meltzer è, a mio parere, notevole. In pochi tratti riesce a descrivere la condizione intrauterina come metafora della condizione di prigionia del Sé in cui molti dei nostri pazienti si trovano. Essi sembrano vivere esistenze in cui pressioni ambientali o/e interne impediscono movimenti vitali e l'organismo aspetta la liberazione con trepidazione. Tale attesa può essere vista come un'aspirazione a "nascere" aiutati dalla presenza del terapeuta. E' però evidente che l'esperienza della nascita (intesa come passaggio alla posizione depressiva, come scoperta dell'altro, come uso dell'oggetto), mettendo in contrapposizione un *dentro* con un *fuori*, è portatrice di angoscia e inquietudine.

La nascita, secondo Meltzer, è un'esperienza che *abbaglia*, affascina, attrae, sconvolge per la marea di sensazioni che sono ancora sprovviste di significato. Quello introdotto da Meltzer può essere considerato come un "conflitto estetico" che impegnerà il neonato e la madre, anche se conflitto è un termine non applicabile in questa dimensione. La madre ha il compito di consentire l'organizzazione del mondo psichico del bambino, attraverso quella che Bion ha definito *capacità di rêverie*. Il Meltzer in questione appare, dunque, in pieno accordo con Bion e con i concetti da questi elaborati a proposito dell'apparato per pensare. E' il progressivo funzionamento di tale apparato che consentirà al neonato di dare un senso a tutto ciò che di travolgente e incomprensibile gli sta accadendo intorno e dentro.

Riferendomi al modello della Klein si può dire che, in sostanza, nella posizione schizo-paranoide si producono continuamente elementi beta. Essi secondo il meccanismo della identificazione proiettiva cercano un qualcosa che li decontami e che li trasformi, consentendone la loro reintroiezione. La *rêverie* della madre, utilizzando la sua funzione alfa provvede a quella decontaminazione esterna. Se tutto questo meccanismo, per qualche ragione, non può mettersi in funzione, il bambino si ritroverà quelle tossine di pensiero in circolo e in lui prevarrà, più o meno stabilmente, l'organizzazione schizo-paranoide. Questa potrà, in futuro, essere utilizzata anche come rifugio regressivo, un ritorno nel *dentro*, se viene percepito un qualche pericolo nel *fuori*.

Pur conoscendo il valore concettuale, evolutivo e clinico della posizione schizo-paranoide Meltzer, prendendo un po' le distanze dalla Klein, ne sottolinea il rischio difensivo che il paziente può fare dell'esperienza di transito in essa e quindi del ritornarci o del restarci e teme che il terapeuta colluda con queste regressioni.

Meltzer "Fa il punto sui limiti tecnici dell'utilizzo del concetto di Posizione S-P nell'interpretazione e arricchisce la nostra riflessione sulle ragioni per le quali la Posizione Depressiva occupa realmente una posizione centrale nell'evoluzione psichica dell'essere umano, come l'aveva dichiarato M. Klein.

Questa presa di posizione di Meltzer è stata resa possibile grazie ai lavori di W. Bion che, avendo integrato in maniera mirabile le scoperte sia di Freud che della Klein, si appoggia sull'uno come sull'altro per sviluppare il suo pensiero." Florence Guignard².

Esperienze cliniche mi hanno portato a pormi una domanda fondamentale in certi momenti. Siamo nel clima della "prima poppata" che genera la rappresentazione di tracce dell'oggetto. In occasione di una temporanea assenza dell'oggetto, il neonato ha alla possibilità di ricorrere alla rappresentazione dell'oggetto e raggiungere la soddisfazione in maniera allucinatoria. Stante questi presupposti, cosa spinge il bebé a "girarsi" verso l'oggetto in arrivo e *ricoscerlo*, piuttosto che verso la rappresentazione allucinatoria dello stesso? Oppure anche se il bebé sta poppando dall'oggetto reale, cosa lo spinge a continuare a pensare all'oggetto come una creazione sua, erede

² Bègoin-Guignard Florence, Ballade au préconscient, R.Fraçaise de Psychanalyse, 1985, XLI, 5.

della rappresentazione allucinatoria e cosa può fargli “pensare” a qualcosa che viene dall'esterno ? In sintesi, cosa spinge il bambino, che pure poppa al seno, pensare al seno come precursore di un oggetto altro da sé e uscire dalla dimensione artistica, allucinatoria o schizoparanoide che dire si voglia ?

C'è un punto che mi piacerebbe sottolineare non come critica allo scritto di Meltzer ma come elemento di maggiore chiarezza che uno scritto così breve non pretende di avere. Meltzer contrappone l'uso della posizione schizoparanoide come tappa evolutiva verso la posizione depressiva oppure come momento regressivo e difensivo nei confronti dell'angoscia che la posizione depressiva comporta. Come a dire che se noi consideriamo la posizione schizo-paranoide solo come momento evolutivo saremo inclini ad atteggiamenti controtransferali benevoli nei confronti del transfert del paziente e della sua condizione. Se, invece, la consideriamo più come difesa dall'angoscia che l'impatto con l'oggetto altro da sé (oggetto estetico) procura saremo più inclini a trattare la sua angoscia piuttosto che goderci il suo apparente benessere per la sosta nella postazione tranquilla in cui l'esterno, l'altro, rappresenta il pericolo.

A proposito di una mia paziente in equilibrio tra queste due dimensioni scrivo: “finché mi tiene ai margini della persecutorietà (cioè nella dimensione schizo-paranoide) non entra in contatto con me e pare dominare la situazione e godersi le conquiste fatte.” Nei termini della discussione di oggi si potrebbe dire che la paziente “poppava”, “ingrassava” (Winnicott) senza riconoscere la fonte come esterna. Per dirla alla Winnicott, in quelle condizioni, la paziente non si “nutriva”.

Io penso, in sintesi, che, indipendentemente dall'età del paziente, noi siamo chiamati a condividere la condizione schizo-paranoide, condividere le manifestazioni ossessive come quelle paranoide del paziente, insomma per il tempo necessario siamo chiamati a stare nel *claustrum* pensando ad esso come una dimensione necessaria all'evoluzione. Poi viene il tempo in cui in noi accade qualcosa che trasforma le sensazioni controtransferali e ci consente di percepire movimenti minimi e da lì organizzare il necessario assetto per affrontare l'angoscia del paziente a uscire, sapendo che egli sarà pronto a risistemarsi ove era più tranquillo e a risistemarci dove eravamo meno pericolosi per lui. Insomma viene il momento in cui saremo portati ad affrontare la scoperta “depressiva” dell'oggetto per uscire dall'ignoranza.

Meltzer ha il merito di incoraggiarci a non indulgere troppo in soccorsi infiniti o in pessimismi deleteri e a offrirci una visuale di speranza trattandoci da “oggetto estetico” per quel paziente.

In sintesi, l'oggetto estetico si configura come l'oggetto della posizione depressiva cioè l'oggetto già oggetto e non creato dal soggetto di cui si possono riconoscere i connotati, appunto, estetici. Esso ha già una forma e si delinea come non confuso con il Sé. Esso rappresenta quella “madre prima seduttrice” di Freud alla quale il bambino dovrebbe rispondere andando verso la vita.