

Irraggiungibile Almotasim! Sulla psicopatologia dell'agito

di Giovanni Angelici*

[Ricevuto il 30/08/2025
Accettato il 26/12/2025]

Riassunto

Il fenomeno dell'agito si impone nella clinica come nella società come un elemento problematico ed è anche una particolare modalità relazionale che occorre studiare data la sua tendenza a mettere in crisi i consueti assetti sociali e terapeutici. Questo lavoro presenta alcuni esempi clinici di agiti come fallimenti comunicativi.

Parole chiave: Agito, Crisi, Trasgressione, Potere, Relazione.

Abstract. *Unreachable Al-Mu'tasim! About psychopathology of acting out*

The phenomenon of acting out imposes itself in the clynic as in society as a problematic element and is also a particular relational pattern that must be studied because have tendency to put the usual social and therapeutic arrangements into crisis. This work presents some clinical examples of acting as communication failures.

Keywords: Acting out, Crisis, Transgression, Power, Relation.

* Psichiatra, didatta SIPsA, docente COIRAG a Roma, responsabile della UOS Centro di Salute Mentale Distretto 13 della ASL Roma 1 (via Annie Vivanti, 6 – 00135 Roma); angelici.g60@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 2/2024
DOI: 10.3280/GRUOA2-2024OA22933

AFFERENZE

Introduzione

Nel 1935 Jorge Borges pubblica un breve racconto (“Accostamento a Almotasim”) che narra di un giovane studente indiano che percepisce in una serie di individui abietti tracce di influenza di un’anima luminosa lontana, Almotasim appunto, e decide di dedicare la sua vita alla ricerca di questa personalità straordinaria. Dopo molteplici vicende il giovane è finalmente sul punto di raggiungere l’obiettivo ma il racconto si chiude improvvisamente lasciando l’epilogo misterioso e incompiuto. Una ricerca, quindi, destinata a mantenere la distanza con l’oggetto desiderato, una distanza e un oggetto indecifrabili. Analoga indecifrabilità si palesa in tutte quelle situazioni in cui qualcosa anticipa o sostituisce il pensiero come accade nei casi in cui il comportamento è il veicolo di comunicazioni che avvengono senza verbalizzazione e senza la consapevolezza del soggetto con sottili trame che restano sottotraccia, spesso incomprensibili.

Questo testo tratta dell’agito che è un atto compiuto in genere impulsivamente ed esprime un vissuto conflittuale tramite il comportamento al posto del linguaggio. Si può anche dire che l’agito è un comportamento che prende il posto del pensiero e in questo senso, come per la ricerca di Almotasim, è un comportamento che rappresenta un fallimento comunicativo, è l’espressione di una irraggiungibilità e di uno scarto incolmabile sia nel soggetto sia nella relazione.

In ambito clinico l’agito è assimilato a un attacco alla cura perché inverte il flusso di pensieri ed emozioni dalla mente al gesto e così questi elementi psichici possono sfuggire alla possibile elaborazione all’interno della cornice terapeutica. Sono frequenti gli episodi in cui il paziente tenta di sottrarsi a questo impegno e sono tante le forme minime di agiti che hanno proprio questo scopo e che disseminano i percorsi di cura: ritardi, sedute mancate, interruzioni, ripetizioni di comportamenti disfunzionali, mancato rispetto degli onorari, tentativi di intromissione della vita privata del terapeuta ecc. Sono tante le possibili espressioni comportamentali delle resistenze che, per lo più, suscitano la disapprovazione da parte dei terapeuti che vedono attaccato il dispositivo della cura.

Dobbiamo riconoscere che non mancano neppure gli agiti sul fronte dei curanti. Capita talvolta che degli interventi siano dettati da uno stato emotivo alterato che si impone nel terapeuta in reazione a qualcosa che proviene dal paziente e si interfaccia con questioni personali acute o irrisolte come resti non analizzati. Sono noti gli agiti clamorosi che avvenivano un tempo nei manicomi dove contenzioni meccaniche o elettroshock erano spesso imposti a scopo punitivo o meramente contenitivo ma oggi degli agiti di portata più

ridotta possono accadere nei vari tipi di setting e dobbiamo registrarli come significativi e meritevoli di riflessione: da dimenticanze ed errori fino a comportamenti espulsivi o collusivi, vi sono agiti che segnalano che il dispositivo mentale del sistema curante è fragile e richiede formazione specifica e manutenzione continua, specialmente nei contesti di cura dei pazienti più gravi.

Freud inizia a parlare di agito nel 1914 nei termini di una messa in atto sottolineando in tal modo il trasferimento di un contenuto psichico in un gesto (Freud, 1914). Vengono così indicati quei comportamenti attivati dalla coazione a ripetere e dal transfert. Questa è la concezione dell'agito che in seguito Lacan propone fin dagli anni '50 richiamando la celebre formula con cui egli definisce il fenomeno psicotico: «Ciò che è precluso al simbolico, ritorna nel reale» (Lacan, 1955, p. 95). L'agito partecipa dunque del meccanismo della *forclusion*, in italiano “preclusione”, che per Lacan è all'origine della psicosi, per quanto esso non sia assolutamente un indice di psicosi ma solo un episodio che utilizza un meccanismo di difesa psicotico in cui il comportamento supplisce a un difetto di riconoscimento simbolico attraverso la parola e mette in scena ciò che l'apparato mentale non ha saputo leggere¹.

Esempi di agiti nel sociale e nella clinica

In un recente lavoro sull'agito (Angelici, 2025) ho citato due eventi saliti agli onori della cronaca perché hanno coinvolto due personaggi pubblici importanti: l'ex Presidente del Consiglio Prodi che tira i capelli a una giornalista e Papa Bergoglio che, stratonato da una donna, reagisce schiaffeggiandole le mani. Sono episodi molto interessanti dato che i protagonisti sono persone di notevole spessore culturale, abituati a esprimersi in pubblico e a sostenere confronti anche carichi di conflittualità. Il loro comportamento mostra una caduta inaspettata dal livello di funzionamento psichico al corpo con un corto circuito che interroga la fragilità umana nelle occasioni traumatiche. Laddove l'istantaneità contrae lo spazio dell'elaborazione psichica si

¹ Forclusione o preclusione: è il rigetto e la non assimilazione di un elemento (come una rappresentazione o il Nome del Padre) da parte del linguaggio e del registro simbolico, portando a un distacco dalla realtà e alla psicosi. L'origine del termine è giuridica: nel diritto italiano, la preclusione è la perdita o l'estinzione del diritto di compiere un atto processuale, indica un impedimento. Nell'insegnamento di Lacan la forclusione del Nome del Padre indica un'alterazione del rapporto tra il soggetto e il linguaggio che spiega il mancato accesso del soggetto psicotico a una significazione condivisa. Nel caso dell'agito, il concetto di forclusione richiama l'automatismo della ripetizione (*Wiederholungszwang* secondo Freud) in cui il soggetto agisce un determinato evento invece di ricordarlo.

rivela lo sfondo opaco del pensiero, il suo limite concreto e muto che solo il corpo prova a esprimere, fedele all'etimo ex-primere che indica sia la pressione per far uscire qualcosa ma anche lo spremere, movimento estremo di estrazione di qualcosa di utile.

Inoltre, meno noti ma molto diffusi sono quei comportamenti impulsivi di genere aggressivo non indotti da sostanze che nelle nostre città riguardano liti per ragioni di traffico, per conflitti condominiali o i c.d. futili motivi tra adolescenti con esiti a volte molto gravi. Non sono esenti da questi agiti i sanitari che operano in luoghi ad alto rischio di eventi aggressivi come il pronto soccorso laddove per esempio un evento mortale improvviso scatena nei congiunti intensa rabbia nei confronti del personale medico e paramedico. Infine, in questo breve elenco di agiti nella società attuale un posto di rilievo lo occupa il gravissimo fenomeno del femminicidio che però merita una trattazione specifica che qui non sarà svolta mentre l'analisi del problema sarà limitato agli spunti che derivano da un caso tratto dal campo dei servizi di salute mentale.

M. è un giovane seguito al CSM fin dall'età di vent'anni, inseguito dal dramma di un mancato riconoscimento come soggetto a causa di lutti mai elaborati nella madre e nella nonna materna. Porta il nome di un ragazzo straniero vittima di uno dei fatti di sangue di matrice politica degli anni '70, ucciso pochi mesi prima della nascita di M. Nasce in un'altra città perché la madre si allontana dai suoi genitori, contrari all'unione con un uomo di diversa estrazione sociale. Inoltre, la nonna di M. perde un figlio morto in tenera età di cui i curanti vengono a sapere solo anni dopo.

M. ha un aspetto un po' infantile, l'aria smarrita e trasognata, a tratti sembra compiacente per essere di fatto sfuggente. I genitori si separano quando aveva cinque anni, il padre è tossicodipendente, ha l'AIDS e vive in una roulotte parcheggiata di fronte all'Ospedale in cui si cura. M. viene cresciuto dai nonni materni perché la madre, pur presente, è alle prese con un serio problema identitario: si fa chiamare con il nome di una figura femminile idealizzata, riesce a trovare lavoro solo grazie ai buoni uffici del padre e pensa di trasferirsi all'estero per emanciparsi dai genitori. Ottenuto il trasferimento a Parigi, M. resta a vivere con la nonna appena rimasta vedova ed esprime il desiderio di raggiungere la madre. Una volta persino fugge e arriva a Parigi ma la madre lo riaccompagna subito dalla nonna. In questo stesso periodo compie vari agiti etero e autoaggressivi (colpisce a martellate la nonna nel sonno, si lascia precipitare nel vuoto due volte procurandosi varie fratture) senza mai dare spiegazioni dei suoi gesti. Di conseguenza viene più volte ricoverato sia in psichiatria che in ortopedia e, dopo aver ferito la nonna, viene persino inserito in una REMS. Di qui viene trasferito in Comunità dove alterna un'apparente bonomia un po' fatua a un mondo interno denso di inquietudine ontologica di cui lascia trasparire solo segni indiretti: scrive pagine di formule astruse sulla consistenza delle sue ossa che raramente cadono sotto gli occhi degli operatori perché per lo più le getta nel

water ostruendolo. È dal numero di ostruzioni che si intuisce l'intensità del suo lavoro nascosto.

Un giorno in Comunità davanti agli operatori salta un muretto cadendo da una discreta altezza fratturandosi nuovamente la stessa gamba lesionata pochi anni prima. Ne segue un periodo di ricovero per la riabilitazione dove collabora alla fisioterapia e appare sereno, quasi indifferente alla serie di comportamenti allarmanti e alla zoppia che ormai residua. Al contrario, gli operatori sono interdetti e angosciati. Alcuni si rifiutano di uscire con lui se non in coppia adombrando il rischio di nuovi comportamenti impulsivi.

Un giorno, al termine di una lunga passeggiata silenziosa, è solo attraverso il cancello della clinica in cui è ricoverato dopo l'ultima crisi che finalmente parla e rivela al suo psichiatra un suo progetto: *"Ho deciso di scrivere una storia sull'australopiteco"*. La separazione fornita dal cancello sembra giovare alla relazione come accaduto tempo prima quando è serenamente ingessato. Cannello, gesso, water sono oggetti attraversati dai suoi gesti e sono anche gli unici spazi concessi all'interlocutore che li può pensare come rappresentazioni di sue funzioni psichiche ma l'iniziativa resta in mano a M. ed è segnata per lo più da negazione e distanziamento. La relazione di cura non può fare a meno di questi oggetti che allontanano e allo stesso tempo mettono in comunicazione. L'imprevedibilità del suo comportamento però resta in primo piano. La frase che più volte rivolge ai curanti con tono di rimprovero è: *"Mi avete fatto finire in mano alla psichiatria"*.

Nell'ultimo periodo, due questioni sessuali irrompono sulla scena: la madre presenta a M. il suo giovane partner, poco più grande di lui, e in Comunità arriva una giovane borderline seduttiva che subito attiva accese rivalità tra i pazienti maschi mentre M., in evidente imbarazzo, cerca di evitarla. La svolta decisiva avviene dopo un colloquio in cui lo psichiatra gli dice che la madre parlerà del suo caso in un lavoro di raccolta di storie per il Museo della Mente. *"E se fossi contrario?"*, ribatte. Lo psichiatra cerca di rassicurarlo: *"Allora, ne dovremmo riparlare"*. Il giorno dopo M. si impicca proprio sopra il water in cui eliminava i suoi scritti delineando così una traiettoria mortifera in cui i pensieri prima e poi la sua stessa vita vengono scartati e cancellati. Tocca proprio allo psichiatra curante il triste compito del riconoscimento del corpo come a costringerlo a sancire l'unica identità possibile per M., quella di un soggetto mai nato veramente. Una sua poesia lasciata leggere pochi giorni prima parla di *"speme"* e della vocale *"o"*. Lo psichiatra è colpito dall'apparente opposizione di questi due elementi, soprattutto alla luce del tragico epilogo. La terribile evoluzione del caso costringe lo sconcolato curante a un approfondimento intriso di autorimprovero per quello che pensa essere stato un suo agito determinante. Infatti, egli ritiene che l'annuncio della raccolta della sua storia da parte della madre sia stata percepita da M. come la definitiva *"caduta nelle mani della psichiatria"*, un'identità per lui inaccettabile. Nel suo tormentato lavoro ritrova quanto scrive Freud sull'inconscio che non conosce il *"non"*, come accade per i sogni in cui *"o...o"* in realtà si traduce *"e...e"* e in generale sulla compresenza dei contrari nelle lingue antiche, come nei sogni di tutti noi (Freud, 1910). La conclusione di Freud è un invito ad affinare l'ascolto dei tanti *"australopitechi"* che incontriamo nella cli-

nica e che ci pongono il problema di come gestire una difficile reciprocità di interlocazione, linguistica ed emozionale, che gli agiti ci propongono come linguaggi astrusi e incomprensibili, da decifrare con paziente rispetto perché sollevano questioni ontologiche complesse. Così scrive Freud:

«Nella concordanza tra la singolarità del lavoro onirico (...) e la prassi adottata dalle lingue più antiche (...) ci è consentito di vedere una conferma alla nostra concezione del carattere regressivo, arcaico dell'espressione del pensiero nel sogno. E a noi psichiatri s'impone, come congettura irrecusabile, il fatto che la nostra comprensione e traduzione del linguaggio sarebbe migliore se fossimo più informati sull'evoluzione della lingua» (Freud, 1910, pp. 190-191).

Commenti e riflessioni

L'esempio descritto mostra una caratteristica sulla quale tutti siamo invitati a riflettere: l'agito riguarda la relazione, non solo nel senso che la attraversa e la sconvolge ma soprattutto perché tratta della relazione. Certamente spesso la mal-tratta ma si può ipotizzare che sempre ponga interrogativi pressanti sulla relazione. La relazione è al centro di tutte le vignette cliniche appena citate e viene sollecitata fortemente fino a essere messa in crisi. Sarebbe troppo riduttivo limitare l'analisi dell'agito all'azione dirompente e distruttiva di un solo protagonista come un sintomo che nasce e si esaurisce all'interno di un soggetto attivo che va a colpire uno passivo. Qualcosa viene tracciato dal comportamento all'interno dello spazio relazionale come una sollecitazione tanto fragorosa quanto inesplicabile. In questo senso l'agito ha una natura paradossale, si manifesta come un movimento verso l'altro² ma la comunicazione resta quasi sempre privata di un messaggio decifrabile. In qualche modo mostra un tentativo di comunicazione insieme al suo fallimento anche se la consegna del messaggio obbliga il destinatario a uno scomodo sforzo di lettura che, a posteriori, può dare molti spunti di riflessione su ognuno dei contendenti, sulla loro relazione e sul contesto in cui si trovano. Si può dire che è la lettura *après coup* che può dare senso all'evento imprevisto disegnando così una traiettoria comunicativa del tutto particolare.

La questione dell'agito sembra effettivamente complessa e stimola anche pensieri di carattere generale. Si può anche dire che l'agito domina la scena

² Da notare come l'etimologia di "aggredire" (lat. "*aggredi*", avvicinare, da "*ad*" e "*gradi*") mostri un movimento di avvicinamento. La forma deponente del verbo latino evidenzia la natura controversa passiva/attiva di tale movimento e, in riferimento alla questione dell'agito, della relazione.

sociale attuale, intrisa di incertezza e precarietà anche a livello identitario. Come denuncia Recalcati (2010), è in atto nella contemporaneità l'estinzione del soggetto dell'inconscio: se il soggetto dell'inconscio era animato dal desiderio, regolato dalla castrazione e dalla Legge che imponevano di abbandonare il godimento per accedere al linguaggio e dunque al simbolico, se operava attraverso la rimozione e il conflitto interno era l'esito della rinuncia pulsionale in favore della Civiltà, la contemporaneità sembra avere abolito questo paradigma. Il desiderio è sostituito dal godimento che secondo Lacan è collegato alla pulsione di morte.

Al centro dei nuovi fenomeni clinici sempre più diffusi (per esempio anoressia, panico, disturbo borderline di personalità) non ci sono più fenomeni di inibizione del desiderio ma l'assenza, l'apatia, il vuoto, la fatica di esistere oppure l'Es senza inconscio si rivela, sempre in modo mortifero, con la disregolazione emotiva, l'impulsività, la liquidità identitaria. Altri quadri clinici contemporanei presentano, all'opposto, patologie con una sorta di eccesso di identità con "identificazioni solide" (Recalcati), dove è l'Io a essere senza inconscio, appiattito nell'imitazione e nell'adattamento in una gruppalità conformistica dove al soggetto si sostituisce la maschera. Analogamente, Bollas parla del "normotico" per descrivere una personalità orientata al «riparo dalla vita mentale immergendo il Sé nel comfort materiale e in una vita di svaghi» (Bollas, 2018, p. 96) in assenza di qualsiasi contatto con la realtà soggettiva grazie a una sorta di intorpidimento di emozioni e pensieri.

Nell'attuale società il panorama della vita psichica è ormai cambiato. L'inibizione, che un tempo era uno dei sentimenti di protezione dall'angoscia, appartiene a un'epoca storica basata su una prevalente rigidità della struttura familiare e sociale con una totale asimmetria nella distribuzione del potere, è un sentimento intriso di pudore, di timore del giudizio, di vincoli alla tradizione. Il riverbero sul piano generale del controllo delle passioni e il rispetto della gerarchia familiare ha un evidente significato nei termini di un processo di civilizzazione volto a domare gli aspetti irrazionali e perturbanti. È in questo contesto che nasce la psicoanalisi e da questo clima proviene lo sguardo di disapprovazione verso le devianze che il R.D. n. 36 del 1904 riunisce parlando di «alienati pericolosi per sé e per gli altri e di pubblico scandalo».

Da tempo molti cambiamenti sono intervenuti nella società e anche nelle pratiche psichiatriche e psicoterapeutiche. A pensarci bene, molti di questi cambiamenti sono avvenuti attraverso pratiche decisamente sovversive: era certamente sovversiva la psicoanalisi che Freud definiva la "peste" per l'influenza che avrebbe determinato sul mondo e sono stati sovversivi coloro che hanno lavorato per arrivare alla chiusura dei manicomi e continuano a

esserlo i tanti tipi di interventi dei servizi di salute mentale territoriali che provano a innovarsi e crescere pur all'interno di meccanismi che li frenano e li impoveriscono di risorse. Per continuare, non sono forse sovversivi i lapsus, l'attacco di panico o l'incubo che scompaginano l'ordine difensivo della rimozione o il breakdown di un giovane in cui irrompono sintomi acuti che esprimono un cambiamento drammatico? Il cambiamento repentino di un equilibrio delicato è sempre accompagnato da una quota di angoscia ma, come tutte le volte che l'inconscio si apre in modo imprevisto, è forte la tentazione di chiudere bene a chiave quella porta che inaspettatamente si è spalancata mostrandoci tutta la nostra vulnerabilità. In questi casi la richiesta più frequente è un aiuto a tenerla ben chiusa e così il panico diventa ansia anticipatoria ed evitamento di ogni occasione di vita sociale, il timore di nuovi lapsus fomenta l'aumento delle difese e l'esordio psicotico inaugura spesso una carriera psichiatrica volta a smorzare il rischio di nuove crisi. Il moderno apparato psichiatrico, insegnato all'università e sponsorizzato dalle case farmaceutiche, mira a questo lavoro di contenimento delle crisi che sta producendo una larga schiera di cronici passivi, dipendenti e privi di una loro soggettività, isolati dal contesto sociale, chiusi in casa o in strutture residenziali in una sorta di manicomializzazione diffusa. Eppure, si muove nella società un notevole malessere che si esprime con i sentimenti prevalenti di rabbia e di perdita di speranza, quei sentimenti che Galimberti descrive in termini di "nichilismo" (2007). Sentimenti non sempre arginabili o addomesticabili con l'abuso di sostanze o di social che, anzi, possono attivare scompensi ulteriori. Di fatto stiamo assistendo a una grande regressione da quel pensiero positivista che aveva fatto immaginare che la progressiva civilizzazione dell'umanità avrebbe portato a una maggiore capacità di gestire le pulsioni inconscie come vuole la classica traduzione del celebre motto freudiano «là dov'era l'Es deve subentrare l'Io». Siamo invece in un'epoca in cui regna il discontrollo emotivo e i labili confini tra le persone e tra il mondo interno e quello esterno vengono superati con disinvoltura, a volte con compiacimento.

Quindi, non dobbiamo sorprenderci se – tornando agli incidenti accaduti a Prodi e a Bergoglio e ai tanti agiti che avvengono nelle nostre città – il limite dello spazio personale viene violato e l'incontro diventa scontro? In un'epoca di mancanza di mediatori sociali credibili può accadere che un leader scenda a contatto diretto con interlocutori improvvisati che non desiderano un confronto dialettico ma qualcos'altro: un contatto fisico-feticcio, una provocazione aggressiva da consumare nel turpiloquio dei social ecc. Può anche accadere facilmente che in un conflitto nato in uno dei tanti crocevia sociali non si riesca a mentalizzare la questione, si smarrisca la grammatica dei legami sociali e si indirizzino le emozioni verso una scarica motoria di

tipo primitivo. Questa modalità oggi è molto frequente e segue la crisi dei sistemi di valori ideali – ideali sovversivi compresi – e la decadenza progressiva dell’idea di comunità e di confronto dialettico aprendo la strada a posizioni dedite alla cultura del disincanto e del disimpegno sociale secondo quelle “passioni tristi” evocate da Spinoza e realizzate concretamente ogni volta che le pulsioni di morte vengono fatte prevalere. Questi sentimenti sono oggi sorretti dal facile reperimento di tanti dispositivi deputati alla sudditanza dal registro immaginario perché è nel trionfo della labilità dei confini che l’angoscia del vuoto sembra trovare un po’ di riparo e tutto appare più sopportabile perché schernito e attaccato con quelle difese maniacali che tentano un disperato controllo onnipotente dell’oggetto misterioso: l’altro. Con questo termine è indicata la doppia accezione dell’alterità, quella della realtà sociale (le altre persone) e quella struttura simbolica che definisce l’uomo come animale sociale (Lacan lo chiama *Altro*) con i suoi aspetti opposti come il linguaggio comune e la legge. Il clima sociale si riflette sulla struttura simbolica e questa, come nota Zizek (1999), ha spesso mostrato aspetti inquieti e irrazionali. Gli agiti che stanno dilagando nei vari angoli delle città appaiono per lo più come reazioni sproporzionate, come gesti di insofferenza ma dietro queste modalità violente si intravede l’incapacità di tollerare la presenza dell’altro (e dell’Altro) che risulta ingombrante, scomodo, da eliminare. Si tratta di modalità distruttive e afinalistiche dove il gesto si consuma in sé istantaneamente nel godimento per l’annichilimento dell’alterità. Sono gesti predatori senza progettualità, solo mere scariche motorie da parte di soggetti fermi a un funzionamento neuropsicologico primitivo e istintuale.

A quali conclusioni rischiamo di fermarci?

Che spazio resta oggi al potere veramente sovversivo dell’agito? Esistono agiti con una carica potenzialmente ridefinibile da mettere al servizio di processi di cambiamento? E in ambito clinico siamo attrezzati per un lavoro di analisi degli agiti per convogliare questi atti in un processo di cura? Capita più spesso che il setting venga totalmente travolto dagli agiti senza possibilità di recupero lasciando ingombro di macerie lo spazio della cura, macerie da eliminare per riprendere il lavoro interrotto malamente.

Lungo il difficile crinale degli agiti la mente dei curanti è stretta d’assedio, viene impedito il pensiero e si possono attivare altri agiti. Né viene sempre in aiuto l’équipe: quando c’è e si teorizza come uno spazio di pensiero multidisciplinare spesso invece si declina attraverso assetti gruppali difensivi. Nel tempo stringente del “fare” la concretezza prende il sopravvento ed

è difficile imporre un tempo di riflessione. La negoziazione delle regole del setting e degli obiettivi da raggiungere stride con la rigidità di un'organizzazione sanitaria che vuole evitare di valutare il proprio operato e mettere in discussione le abituali modalità di lavoro. Se regna la necessità del controllo del sintomo, ci si posiziona in modo difensivo e tutto l'assetto relazionale che ne consegue mira a ridurre gli spazi di manovra.

In questo senso è emblematico il caso del c.d. *uomo col magnetofono* (Conserva, Barbetta e Valtellina, 2017) che narra un'interessante vicenda clinica che si svolge a Bruxelles nel 1967: un paziente cerca di introdurre nel setting un registratore e ne deriva un alterco col suo analista. Il paziente dopo la seduta col registratore viene prelevato dalla polizia e internato in manicomio, riesce a fuggire ma subisce in seguito altre ospedalizzazioni forzate. Qualche anno dopo scrive una lettera alla rivista filosofica "Les Temps Modernes" e propone la trascrizione del dialogo con il suo psicoanalista (che aveva appunto registrato) che egli chiama "Il dialogo psicanalitico". Il testo viene pubblicato e suscita un aspro dibattito interno alla Rivista coinvolgendo, tra gli altri, Sartre e Pontalis. In Italia la vicenda arriva grazie a Elvio Fachinelli che la ripubblica attivando una catena di riflessioni e di altri scritti: l'uomo col magnetofono non c'è più ma la sua registrazione testimonia ancora di qualcosa che riguarda i rapporti di potere all'interno del setting. Così commenta la vicenda Sartre:

«Alcuni parleranno di transfert mal liquidato, ma che cosa rispondergli se ci dice che la guarigione del malato deve incominciare dal guardarsi in faccia e divenire un'impresa comune dove ciascuno accetta i propri rischi e si assume le proprie responsabilità? (...)

Questo soggetto desidera comprendersi in quanto soggetto ferito, deviato, in assenza di una collaborazione intersoggettiva "passa all'atto": questo significa capovolgere la prassi e nello stesso tempo la situazione. Nel dialogo i ruoli si capovolgono e l'analista diventa oggetto. Per la seconda volta l'appuntamento dell'uomo con l'uomo è mancato. Questa storia che alcuni giudicheranno buffa è la tragedia dell'impossibile reciprocità» (Sartre, in Conserva *et al.*, p. 31).

È un vero enigma l'intersoggettività che è una questione completamente estranea alla moderna sanità che invece è legata alle gerarchie, ai processi decisionali senza verifiche, all'assenza di analisi epidemiologiche, alle prestazioni con relative pesature economiche e, per finire, legata al feticcio delle "evidenze" che è da considerarsi tale, soprattutto nel campo della salute mentale, quando nega l'importanza della relazione e del contesto. Se potessimo permetterci un'immersione nella dimensione profondamente interpersonale dell'esperienza clinica potremmo apprezzare la fragile sensazione di recipro-

cità con l'alterità che molti agiti ci comunicano in modo potente ma enigmatico, come un linguaggio sconosciuto e fastidioso, come una di quelle versioni dal latino o dal greco da tradurre con molta pazienza e che ci esercitavano nel riprendere le regole apprese e a riconoscere le eccezioni irregolari.

Poche sono le fortunate personalità in grado di rendere il proprio nodo conflittuale un atto creativo, per esempio attraverso la pratica artistica, e sono molte di più quelle che si ritrovano purtroppo nella condizione definita da Fachinelli di "un singolare gatto selvatico" che piomba nel setting lacerando la sua messinscena abituale basata sul ruolo centrale della parola. Questo "gatto selvatico" non si lascia addomesticare facilmente e pone delle domande serie sulla relazione di cura e sullo stesso dispositivo. All'epoca, il caso dell'uomo col magnetofono solleva soprattutto il tema del "potere" all'interno dell'analisi e in generale nella società che è stato un tema tipico degli anni attorno al '68. Oggi lo stesso tema è tutt'altro che inattuale ma possiamo aggiungere una riflessione anche in merito alla stessa "talking cure" che trova negli agiti il suo limite. Qui il gesto oltrepassa il potere della parola e rivela una scissione tra le due funzioni. Questo tema era già stato sollevato col famoso "gioco del rocchetto" (Freud, 1920), emblematico nel mostrare il movimento del linguaggio rispetto al gesto e alla relazione. Quello che per Freud rappresenta un movimento di simbolizzazione e padroneggiamento dell'assenza della madre viene letto da Lacan come accesso al linguaggio: con "fort" e "da" il bambino anticipa il movimento di presenza e assenza e inaugura l'avvento della parola che permette di rendere presente l'assente e assente il presente (Lacan, 1964).

Nel caso dell'agito si ha un'anticipazione del comportamento rispetto al pensiero, è una pressione che da dentro al corpo si muove verso il fuori e non trova un limite che la contenga. Passando all'atto si mette in scena una rappresentazione che poi dev'essere tradotta in parola malgrado la premessa non sia favorevole: nella clinica l'agito innalza delle barriere ma indica al curante anche il problema di inserire la barriera in un possibile dialogo, di apprezzarne la forte valenza libidica, la sua capacità espressiva, i suoi connotati anticonformisti, la forzatura del setting ripetitivo e della stessa formazione ricevuta.

All'interno degli studi sul variegato campo degli agiti nella loro incidenza sulla relazione di cura è noto il concetto di "enactment" che, a differenza dell'acting out impulsivo e solitario, indica un'interazione relazionale inconscia e reciproca tra paziente e analista. In questo caso, la messa in scena attiva di schemi relazionali patologici e memorie traumatiche coinvolge il terapeuta in un processo di conoscenza basato su reciprocità e interscambio di consapevolezza riflessiva. L'enactment può essere un momento chiave per il recu-

pero di ricordi dissociativi (il “bozzolo dissociativo” secondo Bromberg, 2007), cioè elementi che non sono stati pienamente integrati nella coscienza a causa di esperienze traumatiche che vengono comunicate a livello del c.d. inconscio non rimosso tra paziente e analista (Craparo, 2017). Il problema degli agiti è quindi come farne strumento di reciprocità come un’occasione inaspettata e impegnativa di apertura di nuove strade di fronte a quello che può sembrare il crollo di una comunicazione e una irraggiungibilità.

Riferimenti bibliografici

- Angelici G. (2025). *La potenza dell’agito*. Genova: Vaso di Pandora, Erga ed.
- Bollas C. (2018). *L’età dello smarrimento*. Milano. Raffaello Cortina.
- Bromberg P.M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Craparo G. (2017). *L’enactment nella relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud S. (1910). *Significato opposto delle parole primordiali*. OSF, 6. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1914). *Ricordare, ripetere e rielaborare*. OSF, 7. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. OSF, 9. Torino: Bollati Boringhieri.
- Galimberti U. (2007). *L’ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli.
- Lacan J. (2010). *Il seminario, libro III. Le psicosi (1955-1956)*. Torino: Einaudi.
- Lacan J. (2003). *Il seminario, libro XI, 1964. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*. Torino: Einaudi.
- Recalcati M. (2010). *L’uomo senza inconscio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sartre J.P. (1969). L’uomo col magnetofono. In: Conserva G., Barbetta P. e Valtolina E., a cura di. *Un singolare gatto selvatico. J.J. Abrahams, l’uomo col magnetofono*. Verona. Ombre corte, 2017.
- Zizek S. (1999). *Il grande Altro*. Milano: Feltrinelli.