

Linguistica e comunicazione psicopatologica nel reattivo di Rorschach.

Dott. Dante Pallecchi

1- Una prima constatazione, abbastanza banale e di partenza, è che i contenuti nel Rorschach, anche nei pazienti più gravi, sono veri e propri messaggi, tentativi di comunicazione a livello profondo.

La domanda che ci poniamo è se, al di là di un fine esclusivamente diagnostico, possiamo trarre da queste produzioni indizi importanti per la terapia.

Non si parte certo da zero, in questo argomento.

La letteratura è vastissima e molto autorevole: per citare alcuni autori si pensi a Rapaport e Schafer sui processi primario e secondario e sui meccanismi di difesa, agli studi di Anzieu e di Chabert della scuola francese, per la applicazione di tecniche di interpretazione analitica ai contenuti.

Di particolare interesse è stata la pubblicazione del lavoro di Holt sul processo primario. In Italia interessanti contributi sono stati elaborati da Passi Tognazzo, Barison, Ganzerli.

Intuizioni a nostro avviso di grande importanza sono presenti in un vecchio studio di Piro del 1967 dal titolo "Il linguaggio schizofrenico"

Piro riferisce di aver notato alcune modalità particolari di gestione del rapporto significante/significato nelle malattie mentali, e si serve appunto della schizofrenia per esemplificare in modo chiaro il fenomeno.

2 - L'approccio proposto in questa sede condivide alcune osservazioni di Piro, in particolare l'esigenza di un metodo interdisciplinare di avvicinamento alla problematica della comunicazione psicopatologica.

Verranno utilizzati dunque nella lettura dei contenuti alcuni strumenti tipici della linguistica e della teoria della comunicazione, con riferimenti a De Saussure ed al modello di Jakobson.

Usiamo per comodità un esempio: un turista con nozioni generiche di pittura, recatosi incuriosito per la prima volta ad una mostra di Picasso, si imbatte nel "Suonatore di chitarra" del 1910. Nonostante una buona disponibilità ad accettare il nuovo, si perde attonito di fronte alla scomposizione cubista di forme e colori: il quadro gli comunica un senso di destrutturazione arbitraria, caotica, provocando una discreta frustrazione narcisistica.

Cosa È successo ? Il codice utilizzato dal pittore è evidentemente molto diverso da quello del turista: il significante non viene riferito a significati, il segno non si forma ed il tutto rimane un non-senso, come ci ha insegnato De Saussure.

Nella realtà clinica del Rorschach qualcosa di simile si verifica quando il codice del paziente è molto diverso da quello dell'esaminatore, si pensi alle psicosi : l'intuito e l'esperienza del terapeuta risolvono talvolta il problema della decodifica dei contenuti, ma sarebbe senz'altro preferibile disporre di una metodologia.

3. Possiamo ipotizzare che il flusso della comunicazione compia, schematizzando, il seguente percorso:

- a) la macchia viene proposta al paziente come un segno iconico misterioso;
- b) per il paziente si tratta di un significante visivo, da legare ad un significato.
- c) e successivamente da verbalizzare in un segno fonico, cioè nella risposta.
- d) per l'esaminatore la risposta verbalizzata del paziente rappresenta un significante fonico da legare ad un significato ricavandone un segno ed una comunicazione.

Esaminando brevemente tale schema, notiamo che :

- nella prima fase (a) non c'è necessità di condivisione di codice convenzionale: la tavola viene presentata senza commenti, senza alcun indizio. Al paziente viene richiesta una generica interpretazione, talvolta anche con l'avvertenza che non c'è il problema di sbagliare.

- in b) si verifica la costruzione di un primo segno, che definiremo per comodità "interno" perché composto dal significante iconico più il significato interno richiamato.

Tale costruzione ha caratteristiche complesse, poiché il significante non è di immediata e facile lettura. Nel migliore dei casi è solo parzialmente strutturato (es. tav. V), mentre nel peggiore è assai difficilmente riferibile (es. tav. IX).

L'attribuzione di significato diviene dunque una produzione soggettiva originale: il paziente deve completare, talvolta strutturare quasi per intero il segno. Le istruzioni (qualsiasi risposta verrà accettata, non c'è una risposta buona ed una non buona) rendono ancor più arbitraria e svincolata da norme la scelta.

Quasi sempre, il significante iconico "richiama" un significato, dimostrando in questo atto il suo potere evocativo. E' in questa fase, riteniamo, che si manifesta talvolta la risposta extraverbale, e con essa il fenomeno apprezzato da alcuni autori degli chock al bianco, al rosso ed allo scuro: il significante legandosi ad un significato sembra infatti evocare con impressionante immediatezza un segno che turba il paziente. Nella fase c), la verbalizzazione delle risposte, il paziente usa il proprio codice; in questa operazione si notano almeno due diverse modalità: autistica e relazionale.

La tecnica autistica è auto-protettiva e si pone solo in secondo ordine il problema della comunicazione all'altro: il segno prodotto, quando esiste, non tiene molto conto del codice dell'esaminatore.

Nel secondo caso (relazionale) abbiamo invece una manipolazione (più o meno consapevole e volontaria) del segno interno che provvede, appunto, ad un complesso filtraggio con codifica convenzionale, e controllo del segno verbale prodotto, in funzione del livello di pregnanza semantica che il paziente intende (o che riesce ad) offrire nella risposta al terapeuta, nel quale suppone esistere un codice analogo al proprio.

In d) troviamo il problema del codice utilizzato dall'esaminatore. Nella pratica clinica, infatti, l'esaminatore ha uno schema di riferimento interpretativo del contenuto delle tavole, che definisce un alone semantico convenzionale per ognuna di esse, elaborato per lo più empiricamente attraverso una frequentazione ampia (teorica e pratica) del reattivo. E', peraltro, tale strumento quello che permette la siglatura convenzionale in forme buone e forme cattive, banali ed originali (si pensi al voluminoso lavoro di C. Rizzo e coll. sulle risposte banali).

Si tratta di una rappresentazione a dimensioni plurime, da studiare meglio, poiché, oltre al riferimento teorico dello stadio richiamato, (es: oralità), influiscono sull'esaminatore anche altri elementi, fra i quali il potenziale emotivo investito dal soggetto sulla comunicazione.

Via via che ci si allontana dall'interpretazione siglabile come "popolare", abbiamo alterazioni significative con crescente investimento emotivo.

4.- La costruzione del segno interno.

Se questo è lo schema generale, soffermiamoci adesso in breve sulla produzione della risposta, nelle fasi B e C. Si può adottare una immagine figurata: il nucleo disturbante, aggregazione di significati, viene eccitato dalle situazioni di stress, come quella del reattivo. La risposta è l'ansia.

La tavola, significante iconico non strutturato, non legabile facilmente e direttamente ad un significato specifico, sembra molto spesso essere vissuto come un potenziale contenitore del disturbante ed essere utilizzato in tal modo.

Il paziente, nella saldatura avvenuta fra significante iconico esterno e significato interno, ha prodotto dunque un segno interno, rispetto al quale prova delle emozioni importanti, tali da dover attrezzare difese.

Si tratta infatti di un segno attivo, psichicamente dinamico; esso richiama sensazioni, ricordi, induce temporanee regressioni.

Il paziente pone allora in essere varie azioni differenziate, che vanno, nelle varie patologie, dalla manifestazione non-verbale di disagio, al mascheramento, al rifiuto, fino all'attacco al segno interno attraverso la distruzione del rapporto fra significato e significante.

Se nel paziente il rapporto oggettuale è abbastanza stabile, il significante verbale contiene riferimenti al codice convenzionale, condiviso dall'esaminatore, che può quindi associare la risposta a significati e percepire un segno congruente con l'alone semantico evocato nell'esaminatore stesso dalla tavola.

Nel caso di oggetti interni troppo disturbanti, il paziente non riesce ad attrezzare difese adeguate, il filtraggio non funziona, il codice utilizzato è personale, ed il segno verbale esprime la difficoltà al destinatario del messaggio.

Quando la risposta utilizza un codice scarsamente relazionale, l'esaminatore la avverte come "inquietante" o, talvolta, come semplice significante incongruo non riferibile direttamente a significato.

Concludendo, l'uso di strumenti inerenti l'analisi del linguaggio, può aiutare il clinico e fornire alcuni importanti suggerimenti sul tipo di disagio del paziente. La formazione ed l'interpretazione della risposta alle tavole vengono visti come un processo comunicativo, e come tali esaminati: il paziente, rispondendo alla situazione del reattivo, crea il segno e il terapeuta, sulla base del significante verbale ricevuto, può interrogare le proprie reazioni controtransferali creando a sua volta un segno e permettendosi una proiezione controllata e consapevole.

Bibliografia

Anzieu D. I metodi proiettivi, Sei Torino 1967

Chabert C. Il Rorschach nella clinica adulta. Interpretazione psicanalitica. Hoepli, Milano 1988

De Saussure F. Cours de linguistique generale, Payot, Paris 1955

Ganzerli P. e coll. Introduzione all'interpretazione kleiniana del Rorschach, Eur 1984

Holt R. Il processo primario nel Rorschach. Borla 1983

Jakobson R. Saggi di linguistica generale. Feltrinelli 1989

Passi Tognazzo D. Il metodo Rorschach, Giunti Barbera 1979

Piro S. Il linguaggio schizofrenico. Feltrinelli 1967

Rapaport D., Gill M., Schafer R. Reattivi Psicodiagnostici Boringhieri 1975

Rizzo C., Parisi S., Pes P., Manuale per la raccolta, localizzazione e siglatura delle interpretazioni Rorschach. Ed. Kappa Roma 1980

Schafer R., L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach. Boringhieri 1978