

Pubblichiamo l'interessante lavoro letto da Irene Matthis durante il Convegno "Prospettive Psicoanalitiche Mente-Corpo" organizzato dal Centro di Psicoanalisi Romano il 21-22 novembre 2009.

CENTRO DI PSICOANALISI ROMANO

SOCIETA' PSICOANALITICA ITALIANA
VIA PANAMA, 48 - 00198 ROMA TEL. 06/854.06.45 FAX. 06/841.39.96
segreteria@centropsicoanalisiromano.it



“PROSPETTIVE PSICOANALITICHE MENTE ↔ CORPO”

21-22 novembre 2009

Provo dolore. Cos'è?

Irene Matthis

Nel suo *Progetto* per una psicologia scientifica del 1985, Freud ha scritto: “Tutti i dispositivi di natura biologica hanno limiti alla loro efficienza, oltre i quali falliscono. Questo fallimento si manifesta in fenomeni che confinano con il patologico e che possono essere descritti come *modelli normali del patologico*” (OSF, p.212, *corsivo mio*). Freud si chiede se vi è “un fenomeno che si possa far coincidere con il fallire di questi dispositivi? [e risponde] Io credo sia il dolore” (*ibidem*).

L'affascinante domanda sui sistemi biologici, e in particolar modo sui limiti della loro efficacia, ha a che fare con le reazioni normali e patologiche. Il dolore viene indicato da Freud come un fenomeno particolare che fa la sua apparizione davanti a questi limiti. In questo senso viene chiamato un “modello normale del patologico”. Che vuol dire?

Quando abbiamo a che fare con sistemi biologici, dare una risposta non è mai cosa semplice. I sistemi biologici sono elastici, dinamici, porosi e in continuo cambiamento. Il dolore, come tutti gli altri fenomeni emotivi, è parte integrante di questo universo in continuo cambiamento.

Talvolta le emozioni e le reazioni mostrate sono giudicate appartenere a uno stato normale, talvolta a uno stato patologico. La linea di confine tra questi due non è stabile. Varia, da persona a persona e all'interno della stessa persona, in momenti diversi o in circostanze diverse: rappresenta un continuum. In quest'area Freud suggerisce che il dolore sia un caso particolare. Nella speranza di poter illuminare questo caso particolare presenterò prospettive provenienti dalla psicoanalisi, dalla medicina psicosomatica, dalle neuroscienze, dagli studi sul linguaggio e dalla teoria evoluzionistica. Parto da quest'ultima, dalla teoria evoluzionistica, illustrando il modello di un continuum tra normale e patologico, utilizzando un'altra funzione biologica: il pianto.

Perché si piange? Beh, forse perché è andato un granello di sabbia nell'occhio. Quindi versare delle lacrime potrebbe essere un *azione efficace* (Freud, 1985, p. 297). Vi è qualcosa nell'occhio che non dovrebbe trovarsi lì. E causa dolore e fastidio. Le lacrime lavano via il granello.

Durante l'evoluzione questa azione efficace, lavare via l'elemento irritante, svilupperà nuove funzioni oltre a quella di pulire la cornea dallo sporco e mantenerla umida. La natura è conservativa. Quando ha creato un sistema ben funzionante lo manterrà, così come al tempo stesso le aree di utilizzo si moltiplicheranno. Alcune di queste nuove azioni saranno "normali" (sebbene non siano delle "azioni efficaci" in senso stretto), come il pianto di un neonato quando si fa male. Alle lacrime del bambino la madre risponderà assistendolo. Ma lo spargimento continuo di lacrime di una persona isterica sofferente non sradicherà la causa della sofferenza, e neanche gli assicurerà la simpatia delle persone. Sconfina nel patologico. L'organo che sparge il fluido può anche, in un processo metonimico di proiezione guidato da una fantasia di trasudazione (di emanare fluidi, non solo lacrime ma anche altre sostanze simili alle lacrime), essere cambiato; dagli occhi al cuore, alla vescica, alla vagina – come quando si trovano casi con un "inspiegabile" trasudamento nella sacca attorno al cuore, enuresi o emissioni vaginali. Allora ci siamo spostati chiaramente verso il patologico, anche se si tratta dello *stesso tipo* di processo (Chiozza, 2008).

Il titolo di questa presentazione pone una domanda semplice: "Provo dolore. Cos'è?". Data però la complessità dei sistemi biologici, non esiste un'unica risposta. Piuttosto, quello che abbiamo è un bouquet di risposte differenti, e alcune altre domande.

Tuttavia, quello che di fondo sostengo è che il dolore è un fenomeno al confine della vita biologica. È normale nel senso che apparirà sempre, sia negli umani sia negli animali, quando viene minacciata la capacità di funzionamento di certe funzioni degli esseri viventi. Diventa patologica quando viene superato questo confine. In questo movimento continuo tra salute e malattia il dolore

gioca un ruolo importante e, come scrive Freud nel *Progetto*. ”...non c’è dubbio che il dolore abbia una *qualità* peculiare, il farsi sentire insieme allo spiacevole”. (*ibidem*, p.320)

I diversi aspetti del dolore negli scritti psicoanalitici

Collegando il dolore agli organi e ai disturbi somatici, Freud scrive nella *Nuova serie di lezioni* del 1917: ”...devo attirare la vostra attenzione sulla differenza decisiva tra i sintomi delle nevrosi ’attuali’ e quelli delle psiconevrosi [...]. In entrambi i casi i sintomi originano dalla libido, e rappresentano quindi un utilizzo abnorme di essa, delle soddisfazioni sostitutive [vale a dire, *commento mio*: azioni non efficaci]. Ma i sintomi delle nevrosi ’attuali’ – pressione intracranica, sensazioni di dolore, uno stato di irritazione di un organo, indebolimento o inibizione di una funzione – sono ’insensate’, non hanno nessun significato fisico. Non solo si manifestano principalmente nel corpo (come nei sintomi isterici, per esempio) ma sono *essi stessi dei processi interamente somatici, in cui sono assenti tutti i complicati meccanismi mentali che siamo giunti a comprendere* [corsivo mio]. Quindi, sono realmente quello che per lungo tempo si credeva che fossero i sintomi psiconevrotici. Ma, se è così, come possono corrispondere all’idea di un impiego della libido, che siamo giunti a riconoscere come una forza operante nella mente?” (Traduzione da S.E. XVI, p. 387). Successivamente, Freud li pone in relazione con la funzione sessuale, affermando che ”non è una cosa puramente fisica, non più di quanto lo sia il dolore somatico. Influenza, allo stesso modo, la vita corporea e mentale”. (*ibidem* p. 388).

Poco si è scritto sul dolore in psicoanalisi. In un articolo del 1958 su *The Psychoanalytic Study of the Child*, Ishak Ramzy e Robert Wallerstein parlano di un dolore corporeo in linea con i primi scritti di Freud come di una ”rottura della continuità psicologica”, dove la *percezione* del dolore rappresenta”l’aggiunta fisica dell’imperativo di un riflesso protettivo”. Essi sospettano che ”la capacità individuale di tollerare entrambi [vale a dire, il dolore fisico e psichico] si troverebbe alla fin fine a derivare dalle stesse fonti”. Troviamo un sostegno a questa affermazione di sincronicità tra la capacità di tollerare il dolore fisico da una parte, e il dolore psichico dall’altra, in *Totem e Tabù* di Freud (1913), dove mette in relazione il dolore con il processo del lutto che, come sappiamo, può essere molto doloroso anche sul piano fisico. Vi è un ”compito psicologico da attuare: la sua funzione è quella di distaccare i ricordi e le speranze del sopravvissuto dalla morte. Quando questo è raggiunto, allora il dolore diminuisce e con esso il rimorso” (Traduzione da S.E. XIII, p. 65).

Il dolore come presenza clinica

Il dolore è molto diffuso, un fenomeno quotidiano. Negli Stati Uniti, dolori di ogni tipo sono la ragione più comune di richiesta di consultazione con un medico, che porta ogni anno la metà degli americani a cercare assistenza medica. Sospetto che la situazione sia la stessa anche in altri paesi. Il dolore può certamente renderci dei pazienti, ma non sono sicura che sia quello che ci rende malati. Fatemi presentare alcune vignette prese da un caso drammatico, ma in un certo senso tipico, trattato con la medicina psicosomatica. Non si tratta di un caso psicoanalitico. Mi è stato presentato da un medico di base che ho talvolta supervisionato.

Il caso di "Tor"

Presento questo caso come un'illustrazione di quello che può accadere nei nostri servizi sanitari. E' piuttosto drammatico, ma l'ho scelto perchè nei casi drammatici riusciamo forse a vedere più chiaramente quello che si presenta in realtà anche negli episodi della vita quotidiana. Lo presenterò con, più o meno, le stesse parole della Dott.ssa Mia Granberg-Stånge, il medico di base a cui il paziente si rivolse di tanto in tanto per una consultazione, lungo un arco di tempo di 15 anni.

Quando incontrò per la prima volta Tor, egli era un uomo sulla cinquantina, sposato e con due figli. Era un uomo con molto talento, descritto dagli altri e da se stesso come un genio. Tuttavia, non era mai stato in grado di lavorare. Una delle ragioni per cui si recò allo studio del medico di base era di far firmare il suo permesso di malattia. Non disse nulla della sua infanzia, ma si venne a sapere che intorno ai vent'anni ebbe un'epatite. Al tempo stesso, suo suocero si ammalò di un cancro al fegato e morì di lì a poco in preda a dolori fortissimi. Fu un periodo estremamente doloroso. Egli viveva con un sussidio di malattia dovuto ai suoi dolori allo stomaco che lo rendevano incapace di lavorare.

Tor è una persona magra, quasi gracile. Talvolta ha delle terribili angosce di morte. Tutto viene collegato ai suoi dolori di stomaco, posizionati nel lato destro, sopra il fegato. Per un lungo periodo è stato visitato da alcuni importanti specialisti sui disturbi intestinali al *Karolinska Hospital* di Stoccolma, ed è stato sottoposto ad esami accurati e intensivi. I segni della supposta epatite non sono mai stati trovati, e neanche è stato riscontrato qualcos'altro di patologico sul piano somatico.

Tuttavia, nel corso degli anni la sua condizione è andata gradualmente peggiorando, con dolori sempre più forti. Soffriva molto di ansia. Veniva controllato periodicamente al dipartimento di malattie intestinali del Karolinska, e per alcuni mesi ebbe degli incontri anche con uno psicologo dell'Ospedale. Sembrava impossibile riabilitarlo, e durante una visita psichiatrica ricevette la diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Continuò ad andare ai suoi regolari check-up con il professore del dipartimento di malattie intestinali. Quando ne sentiva il bisogno, veniva rimandato dalla dott.ssa Granberg-Stånge per delle consultazioni.

Gli anni passavano e lui non migliorava. Diverse volte all'anno, lo si vedeva arrivare in ambulanza al dipartimento di casi acuti del Karolinska, in uno stato di dolore estremo. Furono effettuati nuovi tests e delle nuove analisi, senza che però queste evidenziassero qualcosa di patologico sul piano somatico. Gli furono dati degli antidolorifici, di volta in volta sempre più forti. A questo punto chiese di vedere nuovamente lo psicologo al dipartimento di malattie intestinali, ma non funzionò. Non era motivato. Dopo essere arrivato all'ospedale con l'ambulanza in uno stato di dolore acuto per sei volte nel corso di due settimane, il dottore riuscì finalmente a trovare una cistifellea infetta, e venne operato d'urgenza. Dopo l'operazione, il chirurgo gli disse che era quello il problema che l'aveva afflitto per 25 anni, e che ora era finalmente guarito (la Dott.ssa Granberg-Stånge era scettica, ma non glielo confessò).

Per alcuni mesi si sentì meglio, ben presto però i dolori allo stomaco ritornarono, e con essi anche l'ansia. Una nuova visita psichiatrica gli fornì la diagnosi di una sindrome somatoforme indifferenziata. Ancora una volta venne esaminato, sottoposto a test, passato ai raggi X, agli ultrasuoni ecc. Tranne dei diverticoli intestinali, normali per la sua età, non fu trovato nient'altro.

Pochi giorni dopo questi risultati, tutti normali, Tor si recò dal medico di base. Si sentiva a terra, e si lamentava di dolori "più forti che mai". All'esame non risultò niente di somatico. Lo stesso scenario delle volte precedenti! Il giorno successivo fu trovato del gas nello stomaco al dipartimento di malattie acute, e venne di nuovo operato d'urgenza. Non vi era alcuna perforazione dell'intestino. Dopodiché, i dolori di stomaco continuarono come sempre. Talvolta è trattenuto in ospedale, spesso ha bisogno di morfina per placare i dolori. Ora però, quando va a trovare il medico di base, questo paziente pacato, verbalmente articolato e solitamente beneducato, inizia finalmente a mostrare un po' di aperta aggressività. Un po' alla volta, dopo tanti anni in cui il medico di base si limitava ad ascoltarlo, egli accetta di vedere regolarmente uno psichiatra. Questa volta sembra finalmente funzionare, e continua a vedere lo psichiatra. Sembra star meglio e si presenta allo studio del medico di base meno spesso.

Durante questi anni naturalmente si sono tenuti al Karolinska diversi incontri di consultazione su questo paziente, con specialisti diversi, anche con psicoanalisti e dottori di gruppi Balint, ma non sono stati in grado di risolvere l'enigma del comportamento ripetitivo del paziente, e neanche ad aiutarlo ad alleviare i suoi dolori e le sue sofferenze.

* * *

Messi di fronte a casi difficili come questo, possiamo scegliere approcci differenti. Il punto di partenza potrebbe essere l'unico che condividiamo. Dal punto di vista di una prospettiva medica,

psicologica o anche psicoanalitica tradizionale, non siamo in grado di spiegare quello che è successo. Vi è l'enigma del dolore. Questo enigma evoca anche una domanda importante per noi, come allievi di Freud, psicoanalisti e ricercatori della mente: dovremmo prendere questi pazienti in trattamento? E se sì, come dovremmo comportarci con il problema, vale a dire, che tipo di assunzioni tacite dovremmo nutrire rispetto al dolore come fenomeno? Questo influenzerà, naturalmente, la nostra intera relazione con il paziente.

Una prospettiva psicoanalitica sul dolore

Nel 1973 venne creata l'*International Association for the Study of the Pain* (Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore). In seguito venne definita una categorizzazione del dolore in quattro forme:

1. Nocicettivo – reazioni provenienti dagli organi di senso del corpo.
2. Neurogenetico – dolore nervoso derivante dal danneggiamento di cellule nervose o dei collegamenti tra loro.
3. Psicogenico – causato da fattori psichici o disturbi psichici.
4. Idiopatico – quando la causa è ignota.

Queste classificazioni sono fatte tutte sulla base della causa e dell'effetto. Un danno al corpo, o qualche altro tipo di stimolo, esterno o interno, causerà dolore, sebbene talvolta non sappiamo ancora quale sia lo stimolo che lo causa – come nel dolore idiopatico. Il dolore è definito come un "esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a un danno del tessuto *reale* o *potenziale* o descritto nei termini di un danno simile". Reale – è già avvenuto; potenziale – abbiamo paura che possa accadere. Il ragionamento viene fatto nei termini di una prospettiva temporale, sia rispetto a un passare del tempo oggettivo, passato o futuro; che a un tempo soggettivo, vissuto.

La medicina psicosomatica può essere considerata un campo all'interno della medicina che ha a che fare con questi problemi. Nella sua versione moderna si fonda su una concezione olistica, in cui si intrecciano i temi corporei, fisiologici, psico-mentali e socio-economici. Tuttavia, quello che riscontro in questi approcci è una prospettiva basata ancora su un ragionamento "causa-effetto" riproposto in una semplice versione newtoniana. In questo approccio *qualcosa*, per es., un virus o un trauma, *causa qualcos'altro*, un'infezione nel corpo o un dolore fisico o psichico, o entrambi. In una *prospettiva temporale*, dobbiamo decidere cosa è venuto prima, vale a dire, cosa ha causato cosa? Un evento esterno o interno precede, per esempio, il dolore. Questa è la visione dominante,

sia tra gli scienziati sia nelle persone comuni. In una prospettiva clinica, tuttavia, non è sempre possibile o ragionevole lavorare dal punto di vista di una prospettiva causa-effetto e di eventi lineari nel tempo, come illustra il caso di Tor.

Jaak Panksepp, utilizza, dalla sua posizione neuroscientifica, un elegante modello che mostra le contraddizioni che derivano da un uso semplicistico del ragionamento causa-effetto connesso alle situazioni o comportamento emotivi:

Figura 1, o/e in alto – Schema p. 33, in Jaak Panksepp, 1998 (*Affective Neuroscience. The foundations of Human and Animal Emotions*).

Una visione più realistica del modello tradizionale di James-Lange sul ruolo della consapevolezza affettiva nei comportamenti adattivi suggerisce che tutti i livelli di elaborazione dell'informazione, disposizioni affettive incluse, hanno un'influenza sulle azioni, *prima ancora che si verifichi l'evento o stimolo stesso*. O, nelle parole di Panksepp: "...si sostiene solitamente che le informazioni nocicettive entrino nell'importante circuito del riflesso flessorio più rapidamente di quanto non avvenga dell'emergere del dolore nell'esperienza conscia. L'uso di un simile fatto per controbattere l'esistenza di una consapevolezza nei comportamenti guidati dalle emozioni non riesce a riconoscere che la *produzione di una risposta affettiva può essere tanto importante per guidare i comportamenti futuri quanto lo è per quelli dell'immediato* (p. 33, corsivo mio).

Una prospettiva moderna sul dolore dovrebbe quindi implicare che dolore soggettivamente esperito e dolore oggettivamente misurato sono ugualmente validi e possono essere considerati come espressioni di una realtà comune, indescrivibile, che va oltre la realtà di cui abbiamo consapevolezza. Il fenomeno del dolore è interpretato come appartenere a due differenti "realtà", fisica e psichica, basate sul funzionamento della nostra mente conscia.

Ho presentato questa prospettiva in due articoli connessi alla vita emotiva: "Sketch for a metapsychology of affects" (Abbozzo di una metapsicologia degli affetti), in *International Journal of Psychoanalysis*, 81(2), pp. 215-227, 2000, ed "Emotional life – a perspective close to the body" (La vita emotiva – una prospettiva vicina al corpo) in *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28, pp. 11-21, 2005. Avete già ricevuto questi articoli e sarò felice di poterli discutere con voi più tardi. Per il momento, nel parlare degli aspetti psichici e fisici del dolore come un'entità unica, darò per scontato l'approccio metapsicologico presentato in questi articoli, perchè sul piano metapsicologico possiamo considerarli come un'unica entità, come il medesimo processo vissuto dalla nostra mente *conscia* in due modi differenti.

Questo può essere difficile da capire, ancora di più da accettare. Un confronto con la situazione in fisica può essere di aiuto. Prima di Einstein, eravamo fermamente convinti che spazio e tempo fossero due cose diverse e separate. Ora *sappiamo* che abbiamo a che fare con una entità: "spaziotempo", sebbene facciamo ancora esperienza di essa come separata. La stessa cosa è vera per corpo e mente, emozioni e pensieri. Il cervello non conosce probabilmente la differenza – solo noi, in quanto esseri consapevoli, la conosciamo – e sembriamo dipendere da questo. Sentiamo il dolore nel corpo, e tentiamo di comprenderlo con la nostra mente.

Una prospettiva basata sul linguaggio

Come parliamo del dolore? Quali parole utilizziamo, quando ne parliamo? In Inglese, possiamo rivolgerci a un'esperta come Virginia Woolf, costretta spesso a letto per giorni dal mal di testa. "L'inglese", scrive Virginia Woolf, "che è in grado di esprimere i pensieri di Amleto e la tragedia di Lear, non ha parole per i brividi o il mal di testa...il linguaggio si inaridisce ("Dell'essere malati", *Saggi, prose, racconti*, vol. 4, 1967, p.194). E Nietzsche nella *Gaia scienza* scrive "Ho dato un nome al mio dolore e l'ho chiamato 'cane'. E' altrettanto fedele, altrettanto inopportuno e sfrontato..." (1974, p. 249). Sembra mancarci un linguaggio adeguato per esprimere il dolore. Quando lo descriviamo dobbiamo rifarci a delle metafore: un dolore pulsante, come qualcuno che mi martella la testa; un dolore tagliente, come una lama che mi attraversa la carne; ecc.

Un altro fatto interessante rispetto al dolore si evidenzia quando ne parliamo e lo confrontiamo con altri stati affettivi, come paura, amore, odio, fame e sete. Riscontriamo che tutti questi stati sono connessi a oggetti, vale a dire, puoi aver paura *di* qualcosa; puoi essere innamorato *di* qualcuno; o avere fame *di* qualcosa. Il dolore però non possiede un simile oggetto. Non è né "di" né "per" qualcosa. Un dolore così è senza oggetto – l'unico stato psichico, somatico e percettivo che non ha un oggetto (Scarry, 1985). Se siete ossessionati dalla paura, potete farvene un'immagine proiettandola sui ragni, o su spazi aperti ecc. Se siete minacciati con la tortura, che vi infliggerà dolore, potrete essere spaventati e ansiosi, ma non sentirete dolore. Per il dolore, non sembra immaginabile nulla. Questa potrebbe essere la risposta alla scoperta che non abbiamo parole per descrivere il dolore. Potrebbe anche essere una risposta al perchè il dolore è così difficile da comprendere? Al fine di comprendere qualcosa, dobbiamo metterlo in parole. In caso contrario, non possiamo ricordarlo in un modo che ci possa spiegare *perchè* sentiamo questo o quello. Come esempio ulteriore si può menzionare l'amnesia infantile, un caso che illustra questo punto. Le parole

non sono ancora accesibili, così le esperienze non sono ricordate in un modo tale da garantirne un recupero conscio.

Questa mancanza di parole per qualcosa di così comune e forte come il dolore reale è un fatto notevole. E non è l'unico enigma connesso al dolore. Quando io, per esempio, ho un dolore, non c'è alcun dubbio nella mia mente. Lo sento veramente. Ma solamente in quel momento, quando soffro realmente, ho accesso alla sua forza. Quando se ne va e tento di ricordarlo, non riesco più a sentirlo; come il dolore del mettere al mondo un bambino – se le donne non lo dimenticassero così velocemente non ci sarebbero molte nuove nascite. Ma, quando messo a confronto con il dolore di qualcun'altro, è una cosa completamente differente. Tanto sono convinta del mio dolore, così posso essere dubbiosa del dolore di un'altra persona. Può soffrire moltissimo, ma se non ne proferisce parola – non lo saprei. O, al contrario, può manifestare in maniera drammatica del dolore gemendo e contorcendosi, perchè, come già notava Darwin nel 1872: "Nel dolore vero gemiamo e ci contorciamo" (*L'espressione delle emozioni negli uomini e negli animali*, pp. 72-73).

Ma questo uomo che sta manifestando in maniera così drammatica il suo dolore potrebbe star simulando, o no? Ci sarebbe sempre un dubbio nella mia mente, dubbio che è assolutamente assente quando sono io a soffrire. Così, quando l'*International Association for the Study of the Pain* ha categorizzato il dolore tentava di concettualizzare quello che non può essere nominato con un suo linguaggio generale, né essere confermato completamente e oggettivamente. In questo modo ci troviamo in una situazione dove non può essere negato (è lì), ma al tempo stesso non può essere pienamente confermato. E' sempre presente un filtro soggettivo.

Non sorprende perciò che il nome dato all'espressione di un fenomeno sensorio come il dolore cambi nel tempo. Il dolore-senza-spiegazione nel tempo di Freud era spesso connesso all'isteria, e quindi a malattia e debolezza, in special modo se il paziente era donna. Il dolore e la stanchezza di cui soffriva una famosa scrittrice poteva al tempo stesso essere considerato come un colpo di genialità. Nel Medioevo il dolore poteva essere connesso all'essere posseduti da un potere satanico. Ai giorni nostri gli viene dato il nome di fibromialgia o sindrome del dolore cronico. Non solo le espressioni verbali e le classificazioni degli "esperti" sono cambiate, ma anche lo status a esse connesso e il modo di trattarli. Le categorizzazioni mediche sono sempre, e lo sono ancora, connesse al sesso, alla classe e alla cultura.

Il dolore ci ha seguito per tutta la nostra storia evuzionistica. Non è, tuttavia, preso in considerazione tra i sistemi di emozione innate, radicate nel cervello dei mammiferi (al momento presente della ricerca delle neuroscienze, queste sono: paura, rabbia, pena, desiderio anticipatorio, gioco, lussuria sessuale, e protezione materna. Vedi, per es., p. 47 in Panksepp, 1998). Ma deve aver avuto una funzione nello sviluppo evuzionistico. Non sto parlando di funzioni pragmatiche: le normali azioni efficaci, come apprendere a evitare una stufa incandescente ecc. Questi usi normali, pratici, sono lì e ne abbiamo bisogno. Sto cercando piuttosto la sua funzione nei casi patologici, perchè come Freud ha sottolineato diverse volte, nei casi patologici vediamo più chiaramente quello che è in gioco. Quale funzione *basilare* può avere nella vita umana, essendo, come ha scritto Freud, "un fenomeno che si può far coincidere con il fallire di questi dispositivi [biologici]"?

Una prospettiva neuroscientifica

Il dolore è un sentimento forte. Può essere uno stimolo che genera altre emozioni, come paura e ansia. Come afferma Panksepp: "Molte cose sono in grado di stimolare ansia, ma il dolore è il più utilizzato delle modalità tradizionali di condizionamento nei modelli animali" (*ibidem*, p. 215). "Il fatto che si possano ottenere [...] dei cambiamenti cronici nella personalità degli animali [...] suggerisce che i sistemi emotivi subiscono cambiamenti cronici nell'attività come risultato di certi tipi di esperienza" (*ibidem*, p.95). Non solo la natura, ma anche la cultura influenza il comportamento, futuro e presente, dal circuito del riflesso semplice ai più complessi comportamenti emotivi.

Nello sviluppo evuzionistico non esistono strettoie lineari, né sequenze temporali che si dirigono sempre nella stessa direzione. "Omologie neurali abbondano nei livelli più bassi del cervello dei mammiferi" scrive Panksepp (*ibidem*, p. 21), vale a dire che sul piano genetico vi è un terreno comune; solo successivamente si svilupperanno funzioni differenti, per es., le ali degli uccelli che corrispondono alle nostre braccia. Ma se cerchiamo di volare insieme a loro, come Icaro, cadremo per terra. Al tempo stesso, vi sono cose che hanno la medesima funzione, come le ali degli uccelli e le ali delle api, ma che geneticamente derivano da livelli diversi. Allo stesso tipo di conclusione arrivò Freud nel suo lavoro per l'Enciclopedia nel 1888 sul cervello:

Se un cambiamento specifico nella materia di uno specifico elemento del cervello è connesso a un cambiamento nello stato della nostra coscienza, allora quest'ultimo è interamente specifico; tuttavia, non dipende dal cambiamento nella sola materia che questa connessione *si verifichi o meno*. Se lo stesso

elemento del cervello sottostà a un medesimo cambiamento nello stato in momenti diversi nel tempo, allora il processo mentale corrispondente può essere collegato con esso in un'occasione (può superare la soglia della consapevolezza) e in un'altro momento no...al momento attuale non siamo in grado di formulare più da vicino il principio dominante rispetto le leggi che lo governano". Freud, "Das Gehirn" (1888).

Negli esperimenti sugli animali da laboratorio il dolore è lo stimolo più utilizzato per elicitare reazioni o creare abitudini, forse come anche per i bambini cresciuti con i vecchi metodi educativi, e in alcuni paesi ancora oggi. Elaine Scarry, esplorando il *Dolore corporeo* (1985) come un forte strumento utilizzato consapevolmente nelle torture e nelle guerre, sostiene che far del male e ferire una persona significa decostruirne il linguaggio e quindi la sua capacità di verbalizzare e nominare la sua sofferenza. E' uno strumento non-verbale per attaccare la reale esperienza di "Sé", la base su cui prendere decisioni consapevoli nella vita; al contrario, a prendere il controllo sono le abitudini, le risposte automatiche. È lo stesso meccanismo che Allan Schore descrive come dissociazione, che può essere collegata a uno "stato limitato di consapevolezza primaria, quindi a uno svuotamento della soggettività...[e]...nel profondo distacco di questi momenti dissociati sia il sé soggettivo che il campo intersoggettivo si spengono istantaneamente e non esistono. Data la chiusura metabolica, l'attività superiore del cervello, la capacità di elaborare stimoli esterni sociali e di generare immagini interne, cessa...[e] viene meno l'elaborazione complessa di oggetti sia interni sia esterni (*Affect regulation and the repair of the Self*, 2003, p. 127).

Come ho sostenuto all'inizio, la natura è conservativa. Quando ha trovato un buon sistema, lo utilizza per scopi differenti. Quindi l'accensione del dolore induce un cambiamento permanente nell'organizzazione funzionale del cervello. Ma, per quello che so io, non sembra che vi siano cambiamenti evidenti a livello strutturale, vale a dire, le funzioni non hanno uno status ontologico (vedi Panksepp, 1998, p. 95). È, in questo caso, la mente non la materia a dirigere il comportamento. "...i sintomi originano dalla libido" come ha affermato Freud nel 1917. Questa potrebbe essere un'area che giovani ricercatori, psicoanalisti e neuroscienziati, potrebbero sviluppare in futuro.

Il dolore stimola paura (connesso all'Acquedotto cerebrale nel mesencefalo/sistema cerebrale) e ansia. Ma la paura non accende il dolore. Tuttavia, il sistema della paura controlla la sensibilità al dolore. Gli animali e gli umani non si focalizzano sulle loro ferite corporee quando sono spaventati. E quando non sentiamo dolore è grazie a un'analgesia indotta dalla paura (serotonina e oppioidi endogeni vicini all'Acquedotto) (per informazioni più precise vedi Panksepp).

Il dolore svolge una funzione nel creare le abitudini. Ma, come ha sottolineato Darwin, è importante anche l'effetto che hanno le abitudini sull'effetto del dolore (vedi in particolare capitolo 1 e 2 in *L'espressione delle emozioni negli uomini e negli animali*, 1872). La forza nervosa prenderà, senza essere diretta da nessun motivo conscio, il corso abituale. Se il dolore come forma di espressione è "scelta" come veicolo di diversione da qualcosa di proibito o rimosso, avviene un processo di sostituzione. Questa è una "scelta" dell'Inconscio, vale a dire, una scelta inconscia basata su un sistema nervoso il cui funzionamento è segnato fortemente dalle abitudini. Penso che il caso clinico presentato nell'articolo "Emotional life – a perspective close to the body" (*Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28, pp. 11-21, 2005) mostri questo. Lì descrivo il processo come una dissociazione e come conclusione ho scritto: "La dissociazione avviene interamente all'interno del registro inconscio. E' espressa, tuttavia, nella sfera conscia – come sintomo corporeo che manca di significato. E' infatti il significato a essere stato rimosso".

Alcune funzioni delle emozioni

Le emozioni, tuttavia, hanno funzioni valutative. "Il rossore è [scrive Jaak Panksepp], come tutte le altre esperienze soggettive, un potenziale evolutivistico del sistema nervoso, 'progettato' per consentirci di apprezzare la maturazione dei frutti, l'immediatezza della sessualità..." (p. 14). Questa è la pietra angolare della teoria cognitiva delle emozioni. Penso siamo tutti d'accordo su questo. Secondo neuroscienziati come Panksepp e Damasio tutte queste esperienze interne sono connesse al costituirsi di un Sé nucleare o "proto-Sé" che durante l'evoluzione ha dato forma al Sé umano consapevole attraverso memoria, costituzione e linguaggio. Parlando di emozioni e della costruzione del "Sé" voglio sottolineare il fatto che le qualità delle emozioni di base non sono "oggetti", contenuti in un "Sé", ma forze dinamiche che costituiscono il Sé. Una figura tratta dal libro di Damasio, *The feeling of what happens. Body and emotions in the making of consciousness* (1999, p. 310), può, in maniera condensata, illustrare questo modello: *Figura 2*.

Le emozioni portano conoscenza. Danno significato e importanza alla vita. Motivano e dirigono i nostri sforzi e il nostro lavoro. Danno "sens", nell'accezione del termine in francese:

1. Organo di senso
2. Sensualità
3. Ragione, essere ragionevole
4. Opinione o punto di vista su qualcosa
5. Significato

6. Direzione

Le emozioni sono la luce che fa emergere il mondo che appare così ai nostri organi di senso. Apparirà di colorazioni differenti, a seconda del fatto che siamo innamorati, arrabbiati o gelosi. Quando sentiamo dolore, tuttavia, il mondo scompare, nel senso che non ci interessa in quel momento come invece avviene quando siamo innamorati o, arrabbiati o gelosi. Nella gelosia perché, per esempio, vi sono degli oggetti, lì fuori, per la persona gelosa; ma anche l'inizio di una storia che descrive il mondo e la sua esperienza; che porta con sé, per lo meno, una conoscenza riguardante il circostante più immediato. Con il dolore, invece, la nostra capacità verbale viene ridotta e il nostro comportamento si rivolge verso abitudini e risposte automatiche stabilite, come mostrano gli studi condotti con animali. E come insegna l'esempio della tortura, i nostri Sé si disintegrano. In quel momento seguiamo gli ordini dati dai nostri torturatori, o di chiunque si trovi lì. Nel dolore si soffre passivamente. Sembra quindi che nella stretta del dolore quello che viene perso è tutto ciò che è connesso con "sens": ragione, significato, opinione e una direzione nella vita. Immaginazione e la capacità di creare un mondo simbolizzato sono minacciate, danneggiate o distrutte.

Assorti nel dolore, non si è in una situazione che ci consente di creare un contesto, una prospettiva della situazione; o di ottenere una qualche conoscenza sul mondo. Il Sé si dissolve nell'agonia del corpo. Questa è una differenza importante rispetto alle altre emozioni. Il dolore non è come articolare un urlo. In un certo senso è il negativo della capacità di immaginare e nominare qualcosa. Scarry scrive che "dolore e immaginazione sono 'eventi che definiscono' (*framing events*), all'interno dei quali si definiscono i confini di tutti gli altri eventi, percettivi, somatici ed emotivi che si verificano; perciò, tra questi due estremi può essere descritto l'intero territorio della psiche umana" (p. 165). Sembra perciò come se il dolore in sé non "intendesse" dire nulla, "non ha senso, nessun significato psicologico" come scriveva Freud nel 1917. E', come ha detto Darwin, un'emozione completamente passiva. Viene "sofferta". Quando abbiamo dato un nome al dolore, come il dolore allo stomaco di Tor – vale a dire, lo abbiamo circoscritto – lo abbiamo, in un certo senso, perso. E questo è vero sia che il nome che gli diamo sia corretto o meno. Il problema è che quando il nome dato non è abbastanza vicino alla domanda centrale posta dal "dolore", faranno la loro comparsa altri disturbi o dolori.

Prima di ritornare alla clinica, riassumiamo quello detto fino a ora sul dolore:

1. Il dolore è un fenomeno quotidiano e in una prospettiva evolucionistica deve avere una funzione e uno scopo.

2. Il dolore non appartiene a uno dei sistemi emozionali innati, anche se svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo umano.
3. Il dolore "reale" è un'esperienza di un momento. Quando stiamo ricordando o parlando di un'esperienza dolorosa, non è più la stessa cosa.
4. Quando siamo noi a provare dolore, non vi è *alcun dubbio* nella nostra mente. Quando prendiamo in considerazione il dolore di qualcun'altro possiamo, tuttavia, essere sempre *in dubbio*.
5. Non abbiamo le parole per descrivere la nostra esperienza del dolore.
6. Il dolore non ha oggetti.
7. Il dolore è una minaccia al "Sé" e alla nostra esperienza del mondo esterno, la cui significatività può dissolversi.

Un caso clinico

Ora ritorniamo alla clinica. Presenterò un breve riassunto di una caso pubblicato ottant'anni fa da Viktor von Weizsäcker, professore di fisiologia e neurologia a Heidelberg e uno dei padri fondatori della psicosomatica tedesca. La presentazione stilizzata del caso lo fa apparire quasi come una saga. Mi ricorda le parole di Freud nel caso di Elisabeth, negli *Studi sull'Isteria*: "mi...colpisce come strano il fatto che i casi clinici che ho scritto potrebbero essere letti come dei racconti e che, come si dice, mancano del timbro di serietà della scienza" (OSF, II, p. 160). Weizsäcker ha cristallizzato la saggezza del medico in poche parole: "Quando 'qualcosa' non è stata nominata correttamente, continuerà ad aggirarsi per il mondo fino a quando non verrà trovato il giusto nome". Il caso clinico di Weizsäcker assomiglia a quello di Tor presentato all'inizio. In questo modo possiamo apprendere qualcosa di più sul come gestire un paziente che si rivolge al dottore o all'analista per un dolore. (Weizsäcker: *Krankengeschichte*", 1987, *Gesammelte Werke, Band V*, pp 48-66).

Succese che un vecchio contadino si presentò da un giovane dottore perchè sentiva dei dolori allo stomaco. Voleva sapere di cosa si trattava. Il dottore visitò il suo corpo e i suoi organi nella maniera ordinaria, senza trovare nulla che non andasse. Così, disse al contadino: "Non ha niente". Il contadino se ne andò molto dubbioso, *perché sapeva che qualcosa c'era*: il dolore.

Così andò a farsi visitare da un secondo dottore; anche questo non trovò niente che non andasse (sul piano organico). Ma quando gli venne detto che il contadino aveva un processo in atto per la proprietà di un pezzo di terra, giunse alla conclusione che il contadino era preoccupato e che il

dolore trovava la sua ragione di esistere in questa eccitazione. Così, consigliò al contadino di non preoccuparsi così tanto. Il contadino non riusciva a capire come un processo potesse essere la causa del suo dolore allo stomaco. Così andò da un terzo dottore. Quest'ultimo ci capì qualcosa di più. Realizzò che quando era bambino, questo contadino non riuscì mai ad avere ragione nel rapporto con il padre. Pensò, perciò, che questa situazione rappresentasse un dramma edipico: il contadino voleva mostrare il suo antagonismo al processo (che rappresentava suo padre), il suo aver diritto alla terra (che rappresentava sua madre). Tuttavia, il dottore non poté prendere il contadino in terapia, così non gli rivelò la sua interpretazione. Gli prescrisse invece alcune pillole, con il suggerimento: "Queste l'aiuteranno!".

Il dolore in effetti scompave, ma solo per poco tempo. Ma a quel punto il contadino aveva dimenticato che voleva solo sapere "Che cos'è?". La risposta del primo dottore: "Niente!" aveva preso il posto di chi sembrava sapere e voleva curarlo: "Questo l'aiuterà!". In questo processo il soggetto, il paziente, è passato dal credere in quello che sapeva lui al credere in quello che sapeva qualcun'altro; il terzo dottore è diventato un "trasportatore di conoscenza".

Ma appena il dolore si fa risentire, un nuovo dubbio si presenta nella mente del contadino. Decide così di consultare un famoso omeopata. Il trattamento non dura a lungo, e quando si presenta un deterioramento reale il contadino si reca da un quinto dottore, un chirurgo, che lo opera e rimuove una cistifellea infiammata.

Dopo l'operazione il dolore scompare, ma il contadino è ora una persona insoddisfatta, che si sente circondata da ingiustizie e stupide circostanze. Sente che non vale più la pena consultare un dottore, dove deve pagare per farsi fare delle domande, e dove le risposte non lo aiutano. Condensando il suo punto di vista in espressioni drammatiche, Weizsäcker suggerisce che l'ultima scena con il chirurgo è la messa in atto in un campo di battaglia dove giacciono i corpi di una conoscenza perduta collegata non solo a particolari organi del corpo, ma anche al soggetto stesso e alla sua situazione di vita.

Quello che all'inizio era forse solo un caso morale che coinvolgeva giusto e sbagliato, giustizia e ingiustizia, era diventato un caso medico, che si è concluso con un'operazione che ha derubato i segni e sintomi del loro senso e significato all'interno della storia della persona, riducendoli a mera materia, una cistifellea, che era importante per qualcun'altro. Una diagnosi oggettiva può, in questo caso, operare contro il ricordo, alienando il paziente da se stesso. Si tratta forse di una strada obbligata nella cura medica di una persona? La tendenza della medicina odierna è di accontentarsi

di concettualizzare il dolore, o la malattia, in un linguaggio teorico, privo di emozioni. Il nostro compito come analisti è diverso.

Nella malattia vi è qualcosa che non è ancora o non è più; qualcosa che è accessibile solo attraverso un linguaggio che conserva le emozioni. Arrivare al linguaggio – che è poi il viaggio che deve sostenere il paziente. Ma non si tratta di un linguaggio qualunque, quello che potrà aiutare il paziente. Trovare le parole giuste per ogni paziente vuol dire trovare “il poema” o “il racconto” adatto per lui, come il guanto per la mano. Di questo processo di simbolizzazione noi possiamo essere catalizzatori e testimoni. Il dolore, i sintomi, sono il punto di partenza. Vi è quindi bisogno di una metamorfosi, in cui la sofferenza guadagni significato nel lavoro di trasformazione. Il significato è il profitto che fa continuare a vivere.

Weizsäcker suggerisce che la storia del genere umano inizia non con “la caduta dell’uomo”, il peccato, ma con il sintomo di una malattia. Questo sintomo è come una irregolarità nel cosmo, come una dissonanza nella musica – “un prototipo del patologico” (Freud). Da qui iniziano le nostre storie.

Sintomi di una malattia

Messi davanti al sintomo di una malattia, possiamo rispondere in modi diversi. Il fraintendimento più grande sul dolore, che lo distingue da molti altri sintomi di malattia emotiva, come ansia, paura o profonda disperazione, sospetto sia la convinzione che dobbiamo trovarne causa in un disturbo di natura organica che, quando trovato, deve essere eliminato. Allora, ogni cosa andrà al suo posto e tutto tornerà normale. Talvolta è vero, perché abbiamo a che fare con un’azione efficace. Ma il più delle volte abbiamo a che fare con un caso patologico dove il dolore come sintomo di malattia, come l’ansia libera, nasconde una storia rimossa o negata. Per questo non è sufficiente visitare un paziente dolorante. In quanto analisti vogliamo anche comprenderlo. Nel caso di un paziente ansioso, cerchiamo di aiutarlo cercando di capire “cosa” è l’ansia, trasformando così una situazione caotica in un problema con un oggetto annesso. In questo processo, l’ansia è trasformata e tradotta in preoccupazione, molto più facile da gestire.

L’amore appassionato, un’altra forte pulsione emotiva, è connesso alla funzione speciale dell’uomo legata al pensiero simbolico; trovare un oggetto lì fuori su cui può vincere, e che può soddisfare il suo desiderio sessuale, riducendo così la tensione nel corpo. Nella stessa prospettiva il dolore può essere considerato la guida per prendere una decisione: farlo o non farlo? Ma con cosa e con chi?

Dietro ogni significato primario vi è una “perdita oggettuale” dove sia gli “oggetti sociali” sia il “proprio Sé” hanno perso la loro *cathexis*. La capacità di simbolizzare e creare una visione del mondo è quindi distrutta.

Nel caso di dolore fisico intrattabile, viene disconnesso il giro cingolato anteriore. Questa operazione rappresenta anche l’ultima risorsa per la depressione che resiste al trattamento (il giro cingolato anteriore è parte del sistema del dolore). Il risultato è anche una diminuzione della preoccupazione per i rapporti sociali (Yoram Yovell, 2009, *Neuropsychoanal. Congress lecture*, June 2009, Paris). L’oggetto “perduto” deve essere riportato indietro per far sì che si stabilisca un universo simbolico. Questo “oggetto” può essere un dottore o un’analista. Ma si deve entrare in questa posizione di traduttori senza che venga chiesto. Il sistema percettivo del paziente è disturbato, così prenderebbe tempo.

Mentalizzare il dolore connettendolo al suo oggetto, creando una storia o delle immagini che si relazionano a esso, è un passo necessario per donargli un significato. Perché questo accada il paziente dolorante ha bisogno di un oggetto reale, sufficientemente buono, che sia lì per aiutarlo; non solo per coordinare le linee di pensiero (che può essere molto difficile) ma, cosa ancora più importante all’inizio, nel diventare un partner nel prendere decisioni man mano che le azioni vengono compiute.

Per illustrare la situazione Weizsäcker utilizza la scena di una sorella e un fratello (“Die Schmerzen”, G.S. V, p. 27-64). Il fratello più giovane si è fatto male. Piange. E’ dolorante. La sorella più grande in un gesto compassionevole pone la sua mano sul fratello più piccolo. Egli smette di piangere, il dolore si ritira. La sorella rappresenta il primo “dottore”. La mano, la prima “cosa che agisce”. La mano crea il piccolo spazio-tra “dolore” e “fratello”, necessario per poter ottenere una prospettiva. In questo caso la mano non è un simbolo che si riferisce a qualcos’altro. La mano stessa è la funzione all’opera – cioè l’orsetto come oggetto transizionale nelle storie di Winnicott. È l’occuparsi¹ (*handling*) di una situazione che funziona. La mano, non la testa, ci rende terapeuti “curativi”. In Svezia la parola che indica il curare è “läka”, e la parola che indica il medico è “läkare”, colui che cura.

Questo mi ricorda un’altra scena che usa Freud per descrivere qualcosa che segnerà in maniera incoscia le esperienze e reazioni future di una persona: la scena edipica primaria. Il dolore, forse la prima sensazione emotiva che proviamo alla nascita, ci riporterà, nelle sue successive espressioni

¹ Gioco di parole, tra sorella che pone la mano (*hand*) al fratello minore e l’occuparsi della situazione (*handling*), intraducibile in italiano [NdT].

patologiche, alla medesima situazione di impotenza. Non siamo in grado di occuparci della nostra vita, nemmeno di capirla o verbalizzarla. E' il dolore della separazione, connesso al sistema di Distress/Separazione/Panico dell'apparato limbico descritto da Panksepp (1998) e da Solms e Turnbull (2002). Si tratta di un sistema interno, contrassegnato da comportamenti fissi. Le sole interpretazioni verbali non saranno in grado di produrre pensiero. Comprendo bene il terzo dottore della storia di Weizsäcker che ha prescritto un innocuo antidolorifico, o qualcosa di simile, come sostituto di un trattamento terapeutico che non poteva offrirgli. Penso che molti di noi si trovano spesso in questa situazione. Davanti a una situazione simile, va presa una decisione.

Come dottori, psicoanalisti, terapeuti, dobbiamo aiutare il paziente a prendere una decisione; la prima cosa da fare può essere iniziare un trattamento analitico. Richiederà molto impegno, per entrambi. Riuscire a mantenere viva la prima domanda del paziente "Cos'è?" senza sostituirla con altro, mentre lo aiutiamo ad alleviare il dolore, può rappresentare il primo passo per il paziente verso la scelta di una direzione. Se riesco a stimolare gli analisti a prendere questo tipo di pazienti in trattamento, non solo per fornire conforto e aiuto, ma anche per apprendere di più sulla "qualità peculiare" del dolore – sarò soddisfatta. Perché vi è, credo, un "compito psichico da adempiere": trasformare e tradurre il dolore in qualcosa di psicologicamente significativo.

"Dolore" può apparirci come un argomento morto, qualcosa di cui sbarazzarsi e dimenticarsi, niente da cui si può creare vita. Ma, come Marx nel *Capitale* (I, p. 289) ha formulato: "Il desiderio con cui non ci intrecciamo né uniamo è cotone inutile. Il vivere lavorando deve sfruttare queste cose, risvegliarle dalla morte".

Di questo "vivere lavorando" ne abbiamo un esempio in Rainer Maria Rilke *. Nel 1926, gli stessi anni in cui Weizsäcker, come dottore, scriveva sul dolore, Rilke *era* dolorante. Stava morendo di leucemia. Nel dicembre 1926 scrisse l'ultima annotazione sul suo diario:

*"Komm du, du letzter, den ich anerkenne,
Heillosen Schmerz im leiblichen Geweb"*

Invitava il dolore, dialogava con esso. Solitamente una mente bruciante, ora era il suo corpo a bruciare: come il legno è trasformato in cenere ("*Holzverbrennung*"). Rilke sentiva il potere distruttivo del dolore. Ma, sebbene le ultime pagine del suo diario si leggano con molta difficoltà, essendo un grande poeta, la sua mente bruciante era riuscita a venirne a patti per dialogare con esso

* Lecture del Prof. Roland Borgards, "Sprachen des Schmerzes. Zu einer liminalen Anthropologie bei Rainer Maria Rilke und Viktor von Weizsäcker"; Weizsäcker Tagung in Marbach. Ottobre 2009.

e creare un poema. E le ultime quattro righe sono non solo messe tra parentesi, ma cancellate con una riga sopra. Non avrebbero dovuto esserlo! Pochi giorni dopo, morì (Figura 3)

Con il dolore soffriamo; ma senza il dolore non saremmo vivi! Di questo processo siamo strumenti, agenti e vittime, in cui “Lui” suona. Il nostro compito è di sintonizzarci, nel miglior modo che riusciamo, con la musica del cosmo.

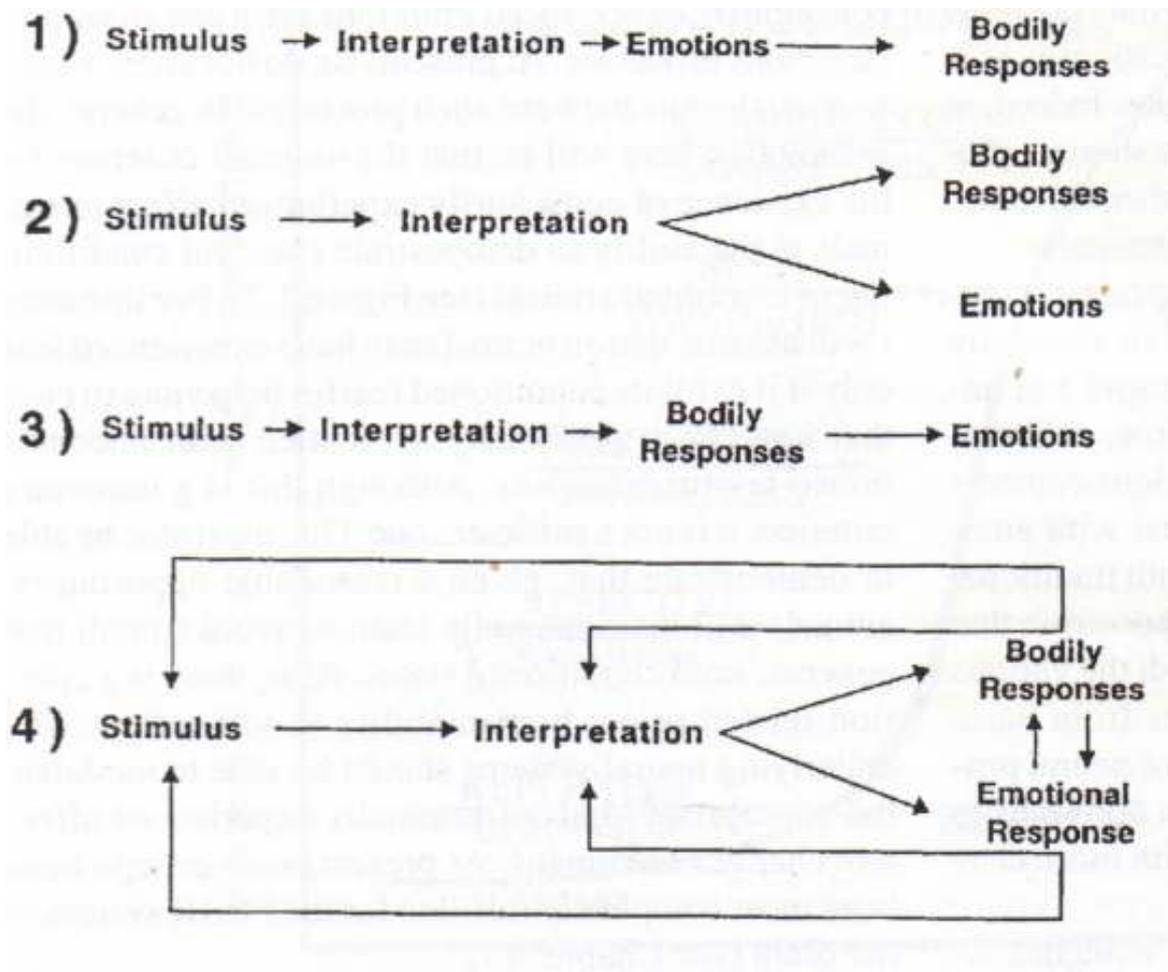


Fig. 1

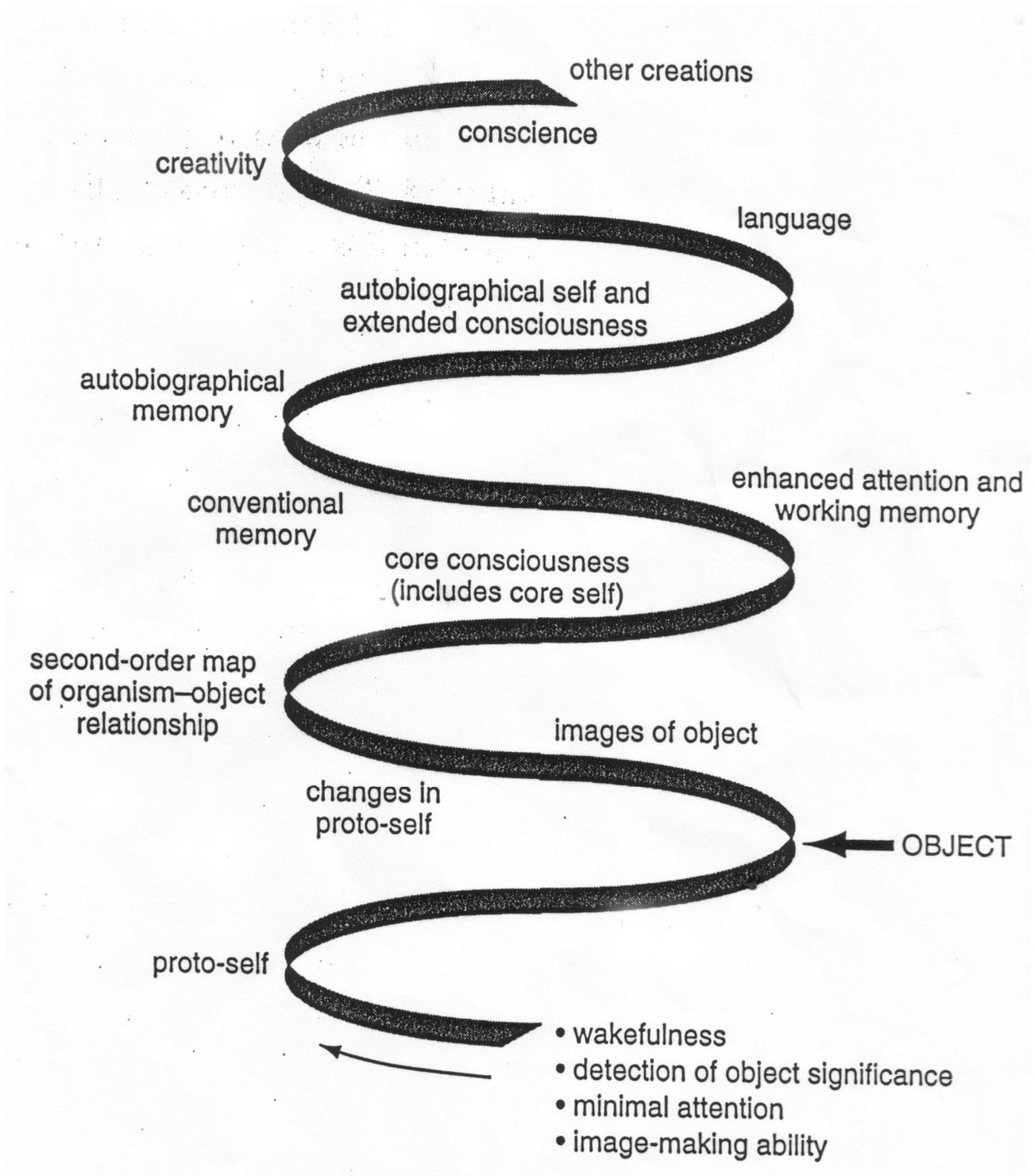


Fig. 2

Komme ich, du bist hier, den ich aus dem
 fülligen Ofen im laiblichen Gesehe:
 wie ich im Geste brauche, das, ich brauche
 in dir; das habe ich lange widerstand
 des Fleisches, die du ledest, zu zu
 nun aber nicht ist dir nicht braun in dir.
 Mein siezig Milde ist in diesem Grimmel,
 ein Grimm der Hölle, nicht von dir,
 ganz rein, ganz glantz frei von zukünftige
 ist auf des Leibes neuen Aufbruch,
 O siehst mir nicht einflügel zu Kanten
 wie diese ganz darin der Himmel springt
 bin ich es noch, du da unbekannt
 fühlungsgen nicht ich nicht kann.
 O Leben, Leben: Durch den
 und ich in Lese. Kannst du mich kann
 fühlungsgen, das ist nicht so die Brauchheit man
 nicht in der Luft, Auftrieb. Kannst du
 größer zu werden. Alles nicht und kann.
 nicht nicht in Luft mal dir hier (Kannst du)

354. »Val-Mont«, wohl gegen Mitte Dezember 1926: letzte Eintragung im letzten Taschenbuch

Fig. 3