



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

Psicoanalisi del limite nel Sé ipermoderno

Psychoanalysis of the limit in the hypermodern Self

Relatrice:

Prof.ssa Cristina Marogna

***Laureanda:* Teresa Salotti**

***Matricola:* 2015590**

Anno Accademico 2021-2022

Indice

Introduzione.....	1
Capitolo 1 Il Sé in psicoanalisi.....	7
1.1 Introduzione al VI Congresso FIAP (2014) di Paolo Migone.....	7
1.2 Una questione linguistica.....	8
1.3 Il soggetto e il processo di individuazione.....	10
1.4 Nascita del Sé: il Sé in psicoanalisi.....	12
1.5 La psicologia del Sé di Heinz Kohut (1913-1981)	19
1.5.1 Psicopatologia in Heinz Kohut e scissione verticale.....	23
Capitolo 2 Il Sé nel borderline.....	26
2.1 <i>Borderline</i> : elementi di storia del termine in psicoanalisi e psichiatria.....	26
2.2 Comprensione psicodinamica del funzionamento della personalità borderline.....	29
2.3 Analizzabilità del paziente borderline.....	41
2.4 Modelli della dinamica familiare e sviluppo del Sé.....	44
2.5 « <i>Psicoanalisi degli stati limite</i> » nel pensiero di André Green (1927-2012)	47
Capitolo 3 Il Sé e il corpo.....	53
3.1 Il Sé corporeo.....	54
3.2 Gli «Atti-sintomo», Joice McDougall (1920-2011)	60
Capitolo 4 Il Sé in analisi.....	62
4.1 Agostino Racalbutto: « <i>Saxa loquuntur!</i> »	66
4.2 «Rappresentazione e limite»: il pensiero di Marco La Scala.....	68
4.3 L'affetto sensazione: rappresentante psichico della pulsione.....	71
Capitolo 5 Clinica psicoanalitica con i pazienti al limite.....	73
5.1 «Vivendo lungo il border», Agostino Racalbutto.....	79

5.2 <i>Spazi e limiti psichici</i> , Marco La Scala.....	84
5.3 Spazi al limite: l'agora-claustrofobia.....	85
5.4 <i>Percepire, allucinare, immaginare</i> : Viola.....	90
Conclusioni.....	94
Bibliografia.....	99

Introduzione

Il sintomo è un simbolo scritto sulla sabbia della carne.

J. Lacan

L'obiettivo del presente elaborato è quello di prendere in considerazione i maggiori contributi psicoanalitici di autori che, nella contemporaneità della clinica, hanno preso in esame le nuove forme sintomatiche della psicopatologia attuale insieme a tutte le caratteristiche che contribuiscono a renderla per alcuni aspetti profondamente diversa, se non antitetica, a quelli che furono gli assetti psichici in trattamento agli esordi della clinica psicoanalitica.

La domanda che ivi si pone non riguarda l'*esistenza* di tali dimensioni psicopatologiche, dati i recenti contributi statistici circa il costante aumento di queste nuove forme di patologia (disturbi alimentari, dipendenze, DAP, fobie, etc.) e della loro precocizzazione, ma bensì di come l'applicazione psicoanalitica possa costituire una soluzione terapeutica per il recupero di orizzonti di senso in forme psicopatologiche, e, per esteso, esistenziali, "al limite", prive di alcune caratteristiche dello psichico che contraddistinsero i casi psicoanalitici per antonomasia: le forme nevrotiche. In questo senso, l'obiettivo dell'elaborato è quello di interrogare l'epoca ipermoderna e le nuove figure cliniche che essa presenta, con cui l'analisi ha a confrontarsi, nella creazione di nuovi canali di comunicazione possibile, rispetto ai sempre meno frequenti casi di esperienza psicoanalitica "classica" in cui la realtà psichica coincideva al quadro nevrotico (Balsamo, 2019), nel quale i substrati ideativi e affettivi risultano sufficientemente stratificati. Il confronto con forme di organizzazioni lacunari dell'Io e angosce radicalmente nuove, tra cui per esempio la "fobia del pensiero" (Mangini, 2015), le quali mostrano duplici livelli di scissione, tra psichico e non psichico e all'interno dello psichico stesso, creando "arcipelaghi" (Marty & De M'Uzan¹, 1972), difficilmente danno luogo a nevrosi di transfert, come la clinica che verrà riportata evidenza. Il concetto di «ipermodernità» utilizzato in titolazione fa riferimento alla teorizzazione di Gilles Lipovetsky (2004) in "Les temps hypermodernes", che vede nel passaggio dal postmoderno all'ipermoderno una tragica acutizzazione di fenomeni di angoscia diffusa e di vulnerabilità di un soggetto caratterizzantesi per l'emancipazione dal peso degli Ideali, e per questo resone profondamento impoverito. Come sottolineato da M. Recalcati (2010) il tempo ipermoderno «è un tempo nel quale la desostanzializzazione del soggetto e il suo affrancamento dalla pesantezza e dalla rigidità degli ideali della tradizione espongono il soggetto stesso a un vuoto insensato, a una apatia frivola che paralizza la sua vita emotiva» (2010, p. XII). Il soggetto non è più, come prima detto, il soggetto nevrotico, la cui difficoltà pulsionale è di assumere e soggettivare il

¹ P. Marty, M. de M'Uzan, *L'investigation psychosomatique. Sept observations cliniques*, PUF, Paris, 1972.

proprio desiderio, bensì si tratta di un soggetto preso dalla difficoltà di significazione della propria esistenza, non articolata a livello di desiderio inconscio ma difensivamente impegnato a negarlo, annullarlo, obliarlo. Si è passati da quello che Heinz Kohut (1978) ha allegoricamente definito, già negli ultimi anni Settanta, l'Uomo Colpevole (in preda all'angoscia di castrazione, profondamente ancorato al modello nevrotico) all'Uomo Tragico, l'uomo del nostro tempo, il quale denuncia un agonico livello di sofferenza sul piano esistenziale che, come Binswanger (1973) sottolinea, citando Heidegger ne *Il caso Ellen West*, è proprio dell'«essere-nel-mondo».

Il disturbo borderline, come si esprime A. Correale (2007), per quanto difficile e faticosa sia l'attività clinica che lo contraddistingue, sembra che connoti una «problematica di tipo molto umano, antropologico, esistenziale, che è la capacità di dare un significato all'esperienza e alla vita. [...] Il fascino di questo disturbo è che mette in discussione il modo stesso con cui noi possiamo stare dentro la vita dandole un qualche senso e non sentendola, come diceva Shakespeare, come una storia raccontata da un pazzo» (2007, p. 236). Oltre a questo, il modo di fare esperienza, e trasformare la vita in una costruzione interiore con una stabilità di senso, il disturbo borderline è, come sostenuto da Correale, l'espressione di una patologia epocale e storica, una possibile conseguenza dello «strapotere del mondo esterno sul mondo interno» (*ibidem*). Il soggetto è come intrappolato in una realtà più forte di lui, che lo svuota, lo trascina fuori dal suo Sé e lo priva della possibilità di pensiero, ricordo e costruzione interna.

Come recentemente sottolineato da M. Balsamo (2019), il modello analitico classico è messo in costante tensione da questa nuova colorazione clinica, i «casi limite», i quali, nel loro ancoraggio al percettivo, nel vissuto di diniego della traccia mnestica (per cui non è possibile fare memoria dell'esperienza), nella difficoltà della collocazione dell'altro (con l'alternarsi di vissuti relazionali ora abbandonici ora intrusivi), nella loro restrizione massiccia della simbolizzazione, costringono l'impianto analitico a passare, come egli si esprime, dal modello del «sogno» al modello «dell'atto» (desimbolizzante) e della scarica. Verrà approfondito, a questo proposito, la prospettiva teorica sulla clinica degli «atti-sintomo» (McDougall, 1990), come nuove forme emorragiche di «fuga», estese allo psiche-soma, da un'angoscia psichica irrepresentabile soggiacente.

Il consumo tossicomane di sostanze, l'idealizzazione delirante narcisistica del corpo anoressico, la compulsività della fame bulimica, la farmacodipendenza, lo spaesamento prodotto dell'attacco di panico: sono tutte forme che colorano il campo della clinica contemporanea e che sottendono, come sostenuto da Recalcati (2010), una comune soppressione nichilistico-conformistica del desiderio. In questo senso, essi invitano a un allineamento con quella che è la clinica freudiana della perversione,

del narcisismo e della psicosi, connotantesi da una tendenza all'agire priva di articolazione simbolica, come prima sottolineato. Rispetto a questa *crisi* del simbolo e della processualità rappresentativa del soggetto contemporaneo, il lavoro psicoanalitico si trova interrogato rispetto a una opacità sintomatologica che, nonostante l'estrema eterogeneità, conduce molti percorsi teorici a convergere in più punti, di natura teorica e clinica, parzialmente evidenziati in questo elaborato, attraverso esempi clinici più avanti riportati. Questo può essere vero se si prende in considerazione, ad esempio, ciò di cui parla Winnicott (1974) rispetto a pazienti incapaci di transfert simbolico, che tendono a ridurre la realtà fantasmatica dell'Altro alla realtà dell'analista (Winnicott infatti scrive che per alcuni pazienti lo psicoanalista “*non rappresenta la madre, ma è la madre*”²), a sua volta vicina alla concezione di Grinberg (1983) e Kernberg (1984) dello stato-limite come accentuazione dei meccanismi psicotici di difesa fondati prevalentemente sulla scissione e proiezione, per poi riferirsi alla riflessione ed alla ricerca clinica di Agostino Racalbutto (2001) (che verrà più avanti approfondita) incentrata sulla clinica *del vuoto*, nonché al contributo di Marco La Scala (2012) sulla dinamica psichica dei sintomi agora-claustrofobici. Qui riportato è anche il fondamentale riferimento all'opera di André Green (1991) il quale, con *La folie privée*, ha avuto grande peso teorico nel mettere in evidenza le problematiche psicoanalitiche del dopo Freud, a partire dal ruolo del pensiero (Bion, 1962), dalla costituzione dello spazio potenziale e delle aree transizionali (Winnicott, 1974), dal linguaggio della cura e della dinamica del desiderio (Lacan, 1978), dalla dimensione del negativo, in cui il “no” non è soltanto il no della perversione o la funzione strutturante della rimozione, ma una attività «distruttrice del pensiero» (Balsamo, 2019, p. 31), concretizzandosi nell'interiorizzazione del negativo e nella psicosi *bianca*. È inoltre rilevante l'approfondimento di McDougall (1990) relativa agli “atti-sintomo”, manifestazioni che spesso fanno parte della costellazione psicosomatica dei pazienti sopradescritti.

L'attualità storica della clinica, in definitiva, mette in risalto quadri sintomatologici che sembrano mal compatibili con la distinzione psicoanalitica classica, introdotta da S. Freud (1895), tra nevrosi e psicosi, e che, come sostenuto da Lacan, sostituiscono, al posto della prima, incentrata su rimozione, metafora, sintomo-simbolo; una seconda, caratterizzata dall'impasse simbolico rappresentativa il cui sintomo è eminentemente *olofrasico*, una parola-frase non scomponibile, paralizzante e adesa al suo significato. Questa tipologia di sintomo provoca una immobilizzazione antisimbolica del soggetto che, per Lacan, è visibile, a titolo esemplificativo, in tutta la sintomatologia cortocircuitata nel corpo

² D. W. Winnicott, “Gli aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica”, trad. it. in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli Firenze, 1975.

e alla somatizzazione, di cui verrà approfondito più avanti, e che spinge necessariamente verso nuove linee terapeutiche.

In questo elaborato il concetto di Sé ipermoderno è preso in riferimento come paradigma di analisi in quanto, seppure accompagnato da divergenze teoriche e fragilità definitorie, nella sua duplice accezione declinabile in termini strutturali oppure soggettivo-esperienziali, ben si presta come elemento teorico chiave nell'approfondimento di tali quadri al limite, anch'essi connotati da ambiguità, essendo più che una mera categoria, un dato esistenziale ormai propagante. Proprio per la sua attinenza all'aspetto esperienziale e più propriamente globalizzante del soggetto, e della sua costruzione identitaria, il Sé come concetto può co-occorrere a metterne maggiormente in luce la processualità di sviluppo, di analisi e, infine, di cura.

Come sostenuto da James Masterson ne *Il Sé Reale* (1985), il Sé del soggetto, come sua parte più profondamente autentica di persona intera, della sua capacità e del suo modo unico di percepirsi come unità costante nella sua esistenza, è un concetto che la psicoanalisi *tout court*, e in particolare la teoria delle relazioni oggettuali, ha trascurato, e che è invece nucleare in quei pazienti detti "difficili", narcisistici e borderline. Secondo Masterson (1985), a sostegno di quanto prima affermato, la radice della psicopatologia del paziente è, in questi casi, non nell'Io ma nel Sé. Quello che l'autore ha definito *Sé reale* e di cui verrà approfondito più avanti, emerge dall'unione simbiotica con le figure genitoriali che ne assecondano l'emergere senza comprometterlo, in continuità con le teorizzazioni di Winnicott (1974) su Sé e Falso Sé.

Il concetto si presta anche per quanto riguarda un'analisi del rapporto con l'Oggetto: il Sé che si genera nel soggetto contemporaneo, nella prospettiva di Recalcati (2010), non vede l'oggetto come *causa* dell'angoscia (come accade nel caso dell'oggetto del desiderio inconscio del nevrotico) ma lo utilizza per occluderla: l'oggetto «è otturatore della mancanza a essere. [...] I nuovi sintomi sono tentativi di soluzione all'angoscia più che manifestazioni dell'angoscia come fondamento del desiderio» (2010, p. 159), con tutte le conseguenze che ciò comporta.

A livello clinico, il confronto con pazienti al limite si realizza con una problematicizzazione del setting terapeutico classico: come sottolineato da N. McWilliams (1994) per questi casi, tutto il lavoro relativo alle precondizioni per la terapia è la terapia. La messa in evidenza, dal punto di vista clinico, del tipo di assetto comunicativo dei pazienti borderline, citando il contributo psicoanalitico teorico e clinico di alcuni dei principali autori in merito, e come sostenuto dalla stessa McWilliams, si colloca su un piano spesso volte non verbalizzabile, connotato da una affettività intensa, come l'autrice stessa si esprime: «Sebbene questi pazienti parlino liberamente nella terapia, le comunicazioni più

importanti che inviano non si trovano nel contenuto delle parole ma nella “musica di sottofondo” del loro stato emotivo» (2011, p. 118). Dunque, proprio valorizzando e prediligendo uno stile comunicativo intuitivo-affettivo, “immaginale” del terapeuta di fronte al paziente borderline, si avrà un accesso diretto all'esperienza dello stesso e al suo vissuto interiore, difettoso dal punto di vista simbolico-rappresentativo (come prima accennato). Occorre dare grande importanza al contenuto controtransferale presente in seduta, e rinunciare a un eccesso interpretativo e razionalizzante che Racalbutto (1994) ha efficacemente trattato con la definizione “sospendere il pensare” e “tolleranza del conoscibile” (p. 157). In un certo senso in linea con il lavoro di Botella e Botella (2001) sulla *regredienza* in seduta e sul campo allucinatorio, possono svilupparsi forme di contatto attraverso la *raffigurabilità* in parte lontane dal setting classico ma di fondamentale importanza per la presa di coscienza del vissuto di sofferenza di questi pazienti. La cura si configura dunque come una co-costruzione, come sottolinea McWilliams (1994), per cui occorre ricordare la traslazione in psicologia del principio di Heisenberg (1942) (quando qualcosa è osservato da noi, noi stessi facciamo parte di ciò che è osservato), ed il fatto che questo costituisce: che cioè il paziente sia parte integrante di un processo di significazione e di restituzione possibile al posto del vuoto rappresentazionale in cui la sua esistenza è incistata.

Dopo una sintetica introduzione del concetto di Sé in psicoanalisi, ripercorrendo i principali autori e le loro prospettive in merito alla collocazione teorica del termine, si approfondisce in particolare la svolta teorica operata dalla prospettiva kohutiana sul Sé in psicoanalisi e le sue implicazioni da un punto di vista metapsicologico e clinico. Successivamente, si passa a un inquadramento storico della letteratura sulla tematica borderline, considerandone in primis le progressive definizioni psichiatriche sul piano nosografico e diagnostico, e successivamente le caratteristiche salienti per una comprensione dal punto di vista psicodinamico e riguardo la sua analizzabilità clinica, in particolare in psicoanalisi. Dopo un ulteriore approfondimento sulla prospettiva aperta da A. Green (1991), si presenta una sinossi sulle implicazioni somatiche e corporee della configurazione sintomatologica di questi pazienti, in particolare sul processo di costituzione di un Sé corporeo e sulle sue implicazioni in A. Lemma (2015), per poi rivolgersi alla letteratura riguardante gli “atti-sintomo”, presente in McDougall (1990). In seguito, il lavoro si concentrerà sul tentativo di trovare una collocazione possibile del Sé borderline all'interno del setting analitico come applicazione terapeutica, e di sviscerare la domanda principale posta dall'elaborato presente circa le possibili ipotesi di trattabilità analitica dei nuovi pazienti attraverso il contributo clinico di Marco La Scala (2012, 2017) e Agostino Racalbutto (1994, 2001). La potenzialità della coppia analista-paziente verrà illustrata successivamente attraverso alcuni casi clinici presi in analisi nel corso delle loro opere. Infine, sarà presentato un breve riassunto conclusivo, mettendo in evidenza alcuni punti di convergenza teorica

della vastissima letteratura degli ultimi decenni su questa forma contemporanea di sofferenza, qui, parzialmente, messi in luce. Con una riflessione sulle implicazioni circa il concetto di guarigione psicoanalitica, verrà sottolineata la potenzialità creatrice di questi pazienti nell'interrogare la psicoanalisi nella costituzione di nuove, possibili, linee di senso.

Capitolo 1

Il Sé in psicoanalisi

“[...] Dopo Freud, sappiamo che l'autocoscienza è in gran parte un'illusione, ed è intrisa di autoinganni e di malafede. L'autocoscienza è comunque coscienza introspettiva di una superficie, che scambiamo per profondità; è una fiducia, più che una certezza; e forse è soprattutto un bisogno, che è il bisogno di esorcizzare una interiore eteronomia dei sentimenti e delle azioni. Così, se è vero che nel coniare «il Sé» abbiamo creato un piccolo mostro semantico con tante teste, è anche vero che preferiamo non accorgercene: preferiamo dunque pensare che, con questo atto, abbiamo trasformato la nostra malcerta introspezione in un rispettabile oggetto in cui rispecchiarci.”

Giovanni Jervis, «Significato e malintesi del concetto di Sé», 1996

1.1 Il Sé in psicoanalisi: una introduzione nel VI Congresso FIAP*³ (2014)

Il concetto di Sé in psicoanalisi è un'entità quantomai complessa e proteiforme, connotata da un certo grado di ambiguità, che acquisisce accezioni diverse all'interno delle cornici teoriche delle varie scuole psicoanalitiche, ed anche all'interno delle stesse si possono riscontrare divergenze e imprecisioni nell'uso del termine ed in ciò che, con esso, si intende indicare. Alcune di esse lo utilizzano per indicare una totalità biopsichica della persona, altre lo considerano come una struttura della mente, al pari delle altre istanze psichiche (Es, Io, Super Io); alcune, infine, vi associano la dimensione soggettiva dell'esperienza, evitando di connotarlo ad una precisa definizione teorica. La fragilità definitoria delle varie prospettive converge nell'esigenza di designare la specificità e l'individualità della persona, che la rende diversa da tutti gli altri membri della sua specie, nonostante la sussistenza di legittime e universali somiglianze. Nonostante queste problematicità, il concetto si è dimostrato essere estremamente fertile in psicoanalisi, all'interno della teorizzazione psicoanalitica, a partire da quelle considerazioni avvenute a distanza di cinquanta anni dalla sua nascita.

In primo luogo, come espone P. Migone (2015) nell'introduzione al VI Congresso della *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia* (FIAP), dal titolo “L'emergere del Sé in psicoterapia. Neuroscienze, psicopatologia e fenomenologia del Sé”, il Sé può essere inteso all'interno di due dimensioni: la prima, in senso strutturale, come concetto a cui si collegano diverse funzioni; la seconda, in senso esperienziale, come soggettiva rappresentazione che la persona ha di

³ Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP)

sé stessa. Circa questa seconda declinazione occorre puntualizzare che essa si dà come possibile solo nella misura in cui il soggetto possiede una autoconsapevolezza di sé che gli permetta di percepire un “senso di sé”, in conseguenza di un certo grado maturativo (Jervis, 1989). Questo avviene, se si considera il percorso di sviluppo umano, intorno all’anno e mezzo o due anni di vita, quando il bambino, per esempio, è in grado di riconoscersi allo specchio: prima di questo momento egli possiede un Sé nella prima accezione del termine, ed è opportuno parlare di “Sé neonatale”, come struttura sottostante le funzionalità mentali del bambino. In questo senso Stern ha distinto una graduale evoluzione del concetto di Sé: «Sé emergente» (2 mesi), «Sé nucleare» (2-6 mesi), «Sé soggettivo» (8-18 mesi), «Sé verbale» (24 mesi) (Stern, 1987, pp. 118 ss).

Vi è però la difficoltà all’interno della psicoanalisi, attualmente e soprattutto nelle prime scuole post-freudiane, nell’utilizzo del concetto di Sé in termini strutturali, il quale si collocherebbe in posizione ambigua rispetto all’esistenza dell’istanza *Ich* “Io” che Freud ha teorizzato essere una mediatrice tra le altre due, Es e Super Io, nella seconda topica (1923), detta anche teoria strutturale o *tripartita*. Storicamente si può dire che la linea prevalente sia stata quella di utilizzare il termine Sé per alludere non a una struttura, allorché si verificherebbe una confusione teorica con l’altra struttura centrale della persona, che è l’Io, ma a una rappresentazione di sé stessi da parte dell’Io, quindi ad una sua funzione. Il modo di intendere il Sé in psicoanalisi in questa accezione strutturale e funzionale, secondaria all’istanza centrale dell’Io, è stata proposta da Heinz Hartmann (1950). Possiamo dire che il Sé emerga, idealmente, quando la persona raggiunge uno stato di integrazione delle varie istanze, superandone il conflitto, cioè quando l’Io non avrebbe più ragione di esistere, dal momento che la sua funzione è giustificata dalla mediazione tra le due istanze in conflitto: Es e Super Io. In questa ottica, compare una persona indivisa, integrata, irrealisticamente armonica in sé stessa (cfr. Migone, 2015). Si tratta di una prospettiva teorica e ideale più che possibile, eppure una considerevole parte di psicoanalisi, soprattutto a partire dagli anni Cinquanta, si è orientata alla definizione e, successivamente, all’utilizzo, di un concetto così marginale ed evaso in Freud, sentendo il modello pulsionale e la prospettiva dell’individuo “in conflitto” come limitante e riduttiva. Tra questi, Sullivan (1962), Winnicott (1971), Kahn (1974), e soprattutto, Kohut (1971). Oggi viene usato nella *infant research* (Stern e altri, 1985), così come dalla teoria dell’attaccamento (Bowlby, 1980, 1988) e dalle teorie delle relazioni oggettuali. Naturalmente, lo hanno usato anche Jung e Adler (1920), e fuori dalla psicoanalisi, tra gli altri, Rogers (1961) e i terapeuti della Gestalt (Perls, Hefferline e Goodman, 1951) e della bioenergetica (Lowen, 1975).

1.2 Una questione linguistica

Il termine Sé è stato introdotto nel linguaggio tecnico psicologico-psicoanalitico come semplice traduzione letterale del termine inglese *self* (Fornaro, 1996). In inglese, a differenza della nostra lingua, l'uso di tale termine è generale ed appartiene al linguaggio comune, coincidendo con la sua accezione esperienziale e soggettiva, non con quella strutturale e ontologica (Pontalis, 1977). In altre parole, l'uso di *self* o *the self*, in inglese, è totalmente scevro di ogni riferimento spiritualistico, è una espressione colloquiale che indica l'esperienza del soggetto narrante. In italiano, l'articolo «il» di fronte a «sé», al contrario, proprio in virtù del suo carattere entificante, priva la parola del suo significato comune, rendendolo un concetto astratto. «Nella nostra lingua, questa sostantivizzazione opera, di fatto, una traslazione semantica» (Fornaro, 1996, p. 20).

Si possono identificare delle omologie tra le accezioni linguistiche del termine Sé (soprattutto in lingua inglese) e i problemi di definizione psicoanalitici, come sostenuto da Fornaro (1996) in *Il soggetto mancato*. La sostantivazione di *the self* ha infatti portato ad una serie di significati relativi all'individuo sovrapponibili alle principali accezioni del termine inglese. Una volta sostantivato, *the self* viene ad indicare una dimensione specifica, relativa a ciò che una persona realmente ed intrinsecamente è; ma, allo stesso tempo, può indicare le varie personalità all'interno dell'individuo (*the very self, the best self, the worst self*) come varie esperienze che questi fa di sé stesso. L'ingresso inaugurale del termine nella tradizione psicoanalitica si ha con Heinz Hartman (1950), al quale appariva chiaro che Io e Sé non erano la medesima cosa. Egli ha dunque l'intenzione di disambiguare il termine "Sé" da "Io" (il «das Ich» freudiano). Il problema di definizione, però, non viene definitivamente risolto, in quanto non è chiaro se il concetto hartmanniano riguardi «il Sé come mentale o la persona al di là della dicotomia mente/corpo, e se nel narcisismo sia attiva il Sé o la rappresentazione mentale di Sé, contemplando il termine entrambe le possibilità» (Fornaro, 1996, p. 22).

Il termine evoca una serie di problemi di ordine metapsicologico di difficile collocazione. Il concetto di *the self*, in definitiva, veicola una serie di complicazioni che superano gli iniziali intendimenti di chiarificazione teorica proposta. Il *self*, successivamente con Jacobson (1964) ed Erikson (1968), inizia a rivolgersi al concetto di «identità», in ottica evolutiva, e con Lichtenstein (1963) e Bressler (1965) al problema di permanenza nel tempo, di rimanere Sé stessi mentre il resto cambia. Spiegel (1959) introduce il concetto di Sé come «schema» in cui confluiscono le varie rappresentazioni che unificano le diverse esperienze. Di qui il passaggio a H. Kohut (1971): il Sé come ipseità, come essenza, che si declina in due dimensioni: la prima, Sé nucleare, centro dell'esistenza psichica individuale, e la seconda «essenza del Sé», di per Sé inconoscibile di cui conosciamo le manifestazioni fenomenologiche (in linea con quanto sopradetto circa le due dimensioni che connotano il Sé) (Kohut, 1971, 1977, 1984). M. Fornaro (1996) fa una sinossi delle varie dicotomie

in base alle quali possiamo considerare il concetto di Sé: Sé ed Io (coppia topologica), Sé e oggetto (coppia relazionale), Sé e rappresentazione di Sé (coppia psicologica), in cui si può considerare la seconda come immagine, contenuto interno derivato da una reificazione del concetto, Sé rappresentazionale e Sé esperienziale (coppia fenomenologica), Sé descrittivo-esperienziale e Sé esplicativo-teorico (coppia epistemologica) ed infine Sé vero e Sé falso (coppia assiologica).

1.3 *Il soggetto e il processo di individuazione*

La polisemia della nozione psicologica di Sé è andata crescendo con l'aumentare dell'utilizzo del concetto a partire dagli anni Cinquanta (Fornaro, 1996). La questione del soggetto, infatti, per quanto importante e centrale, non si connota con una precisa tematizzazione in psicoanalisi. L'introduzione di un concetto così polisemico e ambiguo ha creato confusione nella psicoanalisi post-freudiana, per quanto la questione della soggettività sia ineludibile. Il soggetto è *upokeimenon*, *sub-iectum*, sostanza-supporto: essa coincide, psicoanaliticamente, con l'individuo per Hartman (1950), ma ciò non è in linea con le teorizzazioni di Bion (1962) e Lacan (1936), che la collocano, il primo in dimensione trans-individuale, il secondo nell'area coincidente con l'Altro. Proseguendo su questa linea, troviamo una corrispondenza tra *upokeimenon* e Sé: nella sua accezione moderna esso ha significato di fonte, origine e attore della conoscenza e della prassi, che viene contrapposto pertanto all'oggetto di tale conoscenza (Fornaro, 1996). Con la nozione di Sé, si pone il problema della definizione di soggettività a partire da un'area psicofisica indistinta. Con Jung (1961), scrive Fornaro (1996), assistiamo a una connotazione del Sé come simbolo dell'unità, totalità della persona, mai posseduta (comprendono dunque il carattere di scissione costitutiva del soggetto) raffigurabile per mezzo di simboli. Infine, Kohut (1971), il quale più di ogni altro ha fatto perno su questo concetto per la sua teoria, eleva il Sé a paradigma della psicologia del Sé. Jung, in particolare, distingue nettamente la parte più profonda dell'inconscio di una persona, che è altra dagli archetipi di Anima (o Animus) e di Ombra. Come sottolineato da Von Franz (2005), il Sé può essere concettualmente assimilato ad un "compagno interiore", una relazione profonda con il Sé junghiano come simbolo. Esso è paradossalmente contenuto tra due estremi: il primo, come concetto più intimo e individuale; il secondo, riflesso di una realtà totale immagine di Dio, come entità che abbraccia tutti gli esseri umani. Questo dio, come esplicitato da von Franz, può abitare tutti gli individui ma non diventa mai intrinsecamente umano in essi, persiste come realtà altra e mai soggettiva, esso «spinge l'essere umano fuori dalla sua esistenza nell'Io» (2005, p. 217). La personificazione del Sé è dunque il nucleo più individuale della persona singola, e, contemporaneamente, è il Sé umano di tutta l'umanità. Al contrario che nei casi degli archetipi Ombra e Anima, per le quali è possibile una comprensione parziale delle loro qualità individuali e allo stesso tempo una sostanziale sottomissione alla loro natura sopraffacente; non è possibile una integrazione del Sé nell'Io, ma questi può «soltanto inchinarsi

davanti a esso e cercare di relazionarsi nel modo giusto» (2015, p. 222). L'incontro con il Sé, infatti, costituisce per Jung un cambiamento di grande portata a livello conscio, e non può compiersi come mero atto di volontà. Spesso, evidenzia von Franz, la comprensione del Sé si ottiene solo in seguito a una grande sofferenza interiore, che porta a progressivi passi in avanti sulla via dell'*individuazione* tramite l'*insight*. La presa di coscienza del Sé, come aspetto della personalità, pone fine a tutte le proiezioni, e si esprime tramite "i prodotti dell'inconscio". La proiezione è qui intesa nella definizione che ne dà Jung: come trasferimento inconscio, cioè inconsapevole e non intenzionale, di contenuti psichici soggettivi sull'esterno (Jung, 1934-54). Jung (1961) afferma, nel corso della sua opera, che il buon senso, la riflessione, la conoscenza di Sé sono gli unici strumenti per mezzo dei quali è possibile sospendere ed eliminare la proiezione dei contenuti inconsci e allo sviluppo di una disponibilità interiore ad accettare l'archetipo del Sé, e soggettivarsi. Quando avviene, infatti, l'*insight* al posto delle proiezioni si produce un cambiamento morale, che modifica l'intera personalità in modo irreversibile. Come espresso da von Franz: «quando la sofferenza è durata abbastanza a lungo, tanto che l'Io e la sua forza risultano indeboliti [...] allora arriva quel momento in cui è possibile la riflessione, un'inversione nel flusso di energia, che può scorrere via dall'oggetto o dall'idea e erigersi verso sé stessi o, ancora meglio, verso il Sé» (2015, p. 230). Qualcosa interiormente "diventa calmo" e può avvenire un *insight*. Non è possibile obbligare un individuo a svolgere il processo sopradescritto, ma attraverso i sogni è possibile valutare quando giunga per lui il momento opportuno per sua attuazione. Nei sogni, infatti, si colloca un "occhio interiore" di auto-riconoscimento, che permette una visione di sé stessi diversa da quella prospettata dall'Io. Jung (1961) rappresenta metaforicamente questo concetto con un occhio, la cui struttura simboleggia il centro dell'inconscio, il Sé che ci guarda, come "rispecchiamento della nostra coscienza dentro noi stessi" (von Franz, 2005, p. 237). Soltanto con l'aiuto del Sé e del nostro centro interiore è possibile conoscere sé stessi come soggetti. La capacità, inoltre, di contenimento delle proiezioni dallo spazio extrapsichico non sono possibili fino a che i simboli del Sé non appaiono: questo processo prende il nome di *raccoglimento della personalità*. I contenuti proiettati sono riconosciuti come appartenenti alla propria totalità psichica, di conseguenza l'energia fluisce verso il centro interiore, aumentandone l'intensità. I contenuti così precedentemente separati dalla psiche vengono resi consci e integrati: «L'autointrospezione è una ricostituzione di sé stesso» (Jung, 1942, p. 254). Il modo in cui ogni essere umano "raccoglie sé stesso" mediante i sogni, per esempio, diventa consapevole nelle sue proiezioni e nei suoi complessi, e di conseguenza si costituisce una personalità più integrata: Jung lo ha definito «processo di individuazione» (von Franz, 2005, p. 253). Il Sé è una forma creativa insieme all'Io, e allo stesso tempo, l'essere umano è la forma con cui esso si manifesta. Un altro elemento importante, come sottolinea von Franz (2005), è che il processo sopradescritto di individuazione del singolo si

accompagna sempre alla corrispondenza dello stesso in altri esseri umani e con l'umanità nella sua totalità. Nel Sé sono contenute le relazioni significative dell'individuo, in particolare esse sono prodotte dal Sé e costituiscono quella che è la funzione *sociale* del Sé. I legami formati con coloro che costituiscono la "famiglia dell'anima" (von Franz, 2015, p. 246) sono volti allo scopo della *individuazione reciproca*. Si tratta di relazioni autentiche prive degli elementi proiettivi che generano dipendenza e fascinazione, ma al contrario, legami attraverso il Sé come qualcosa di oggettivo e transpersonale. Come afferma Jung: «La conoscenza oggettiva sta al di là della relazione affettiva; sembra essere il segreto essenziale» (1961, p. 352). Come sottolineato da von Franz, all'interno di «questo mondo creato dal Sé noi incontriamo i molti altri ai quali apparteniamo» (2015, p. 247). Non esiste alcun processo di individuazione del singolo che non produca allo stesso tempo questo riferimento con i propri simili.

Nel processo di individuazione, in definitiva, avviene un accordo completo con il ritmo dell'energia psichica e con il regolatore di essa, il Sé, ragione per cui non si generano più proiezioni e l'individuo può vivere «nella corrente creativa ovvero nel fluire del Sé e lui stesso è diventato parte di questo flusso» (von Franz 2015, p. 276).

1.4 *Nascita del Sé: il Sé in psicoanalisi*

Il termine in psicologia è introdotto nel 1890 da H. James, il quale, in *Principi di psicologia*, si pone in continuità con la teoria di Locke, per cui il Sé è essenzialmente esperienza, vissuto. Ciò che definisce l'essenza della persona, spiega sinteticamente Locke, è la sua capacità di autopercepirsi, di cogliersi empiricamente. Questo trova conferma nella teorizzazione psicologica di James (1890) all'interno della quale egli propone due categorie dimensionali nel concetto di Sé: Io, soggetto attivo di conoscenza, e Me, oggetto di autoriflessione di me stesso. Dunque, una distinzione tra il *material self*, legato al vissuto corporeo, e lo *spiritual self*, come identità psicologica. Parlando di Sé, si utilizzano le due dimensioni, l'una per la persona oggettiva, l'altra per il pensiero giudicante. In linea con la concezione di Locke (1690) e James (1890) si colloca Winnicott (1974), che, seppur in una minor sistematicità rispetto ad altri autori, è coerente con l'uso del termine in lingua inglese, per cui il Sé è sempre esperienza soggettiva, della propria persona, e mai struttura. Il vero sé, *True self*, non è, come potrebbe essere erroneamente inteso, una realtà segreta interiore da custodire, ma una esperienza di un sentimento del "vero sé", la contropartita interiore del *False self*, meccanismo di difesa di occultamento e finzione in funzione all'adattamento sociale. In questa ottica di Sé che nasce e si svilupperebbe in una fitta rete di rapporti sociali, concetto di cui si ha un'eccessiva enfaticizzazione in Cooley (1902) il quale parla di *looking-glass self*: il sé come specchio, la persona che si costituisce sulla base di ciò che ritiene che gli altri pensino di lui. Al contrario, in una visione europea più

introspezionistica, il concetto di Sé in una dimensione esperienziale soggettiva è molto presente in autori come Freud e Jung. Jung (1961, 1973), come visto, lo considera come un archetipo e una immagine primordiale, che esprime il bisogno di unità e completezza dell'individuo. O. Rank (1924), invece, considerandolo in riferimento al trauma della nascita, ne sottolinea gli aspetti di angoscia di separazione ad essa legata.

In Freud il concetto di Sé non è mai esplicitamente presente, esso coincide per lo più con quello di Io (Ich) all'interno del quale confluiscono sia l'istanza psichica della mente che anche la dimensione soggettiva che vive l'esperienza. Nel 1914, in *Introduzione al narcisismo*, egli scrive che «A tutta prima il sentimento di Sé ci appare un modo di esprimere l'ampiezza dell'Io [...]. Tutto ciò che l'individuo possiede o acquisisce, ogni residuo del primitivo sentimento di onnipotenza che l'esperienza corrobora in lui, contribuisce a esaltare il sentimento di sé» (1914, p. 468).

È con Hartman (1950) che, all'interno della psicologia dell'Io e come già osservato, possiamo dire di avere, nel 1950, una prima puntualizzazione tra i due termini. Per Hartman, come esplicita Gaddini (1982) nel saggio "Il Sé in psicoanalisi" in *Scritti* (1953-1985, pp. 559-569), l'Io è una istanza, al pari di Es e Super Io, come previsto dalla teoria strutturale, e dunque parte della personalità; il Sé, invece, si riferisce alla struttura della personalità nel suo insieme. Questa osservazione avviene in corrispondenza della definizione di investimento libidico narcisistico presente nel sopracitato saggio di Freud *Introduzione al narcisismo* (1914). Hartman (1950) ne critica la definizione data da Freud, e propone investimento del Sé e non investimento dell'Io per riferirsi al narcisismo, in quanto l'oggetto d'amore sarebbe la propria persona, la totalità del Sé, il corpo e la organizzazione psichica in tutte le sue parti. Hartman (1950) triangola così il concetto operando una distinzione chiarificatrice tra Io, Sé e rappresentazione intrapsichica di Sé. Il primo, istanza psichica; il secondo, intera persona; il terzo, rappresentazioni inconscio preconsce e consce di Sé mentale e corporeo all'interno dell'Io.

Sulla scia di Hartman si colloca l'opera di Jacobson (1964) quando scrive nel 1964 *Il sé e il mondo oggettuale*, la quale definisce il termine come "termine ausiliario", mettendone in evidenza le difficoltà di utilizzo alla luce delle recenti puntualizzazioni psicoanalitiche e introduzione metapsicologica. Jacobson considera la rappresentazione del Sé come la rappresentazione inconscia, preconsca e conscia del Sé fisico e mentale nel sistema dell'Io.

Il Sé si costituisce durante lo sviluppo della mente infantile, come Jacobson (1964) afferma, teorizzando una prospettiva evolutiva della nascita del Sé che si diparte da una prima fase di Sé *psicofisiologico* ed una seconda fase del Sé *mentale* in cui si stabilizzano le rappresentazioni di sé e degli altri. Questa prospettiva influenzerà grandemente l'opera di altri autori come Spitz e Mahler. Gaddini (1989) utilizza il concetto di non-Sé per la definizione di «nascita psicologica» (1989, p.

265): egli osserva che è a partire dal terzo mese che al bambino si prospetta la percezione, e con essa l'oscuro affacciarsi nel non-Sé, dell'esperienza di crollo dell'onnipotenza e il riconoscimento di essere separato dall'oggetto. Con questo si verifica un effettivo cambiamento del proprio stato, dal quale può originarsi angoscia di perdita di Sé e disintegrazione dei confini.

In continuità con la psicologia dell'Io e con la teoria delle relazioni oggettuali, il termine Sé in J. Masterson (1985) (che vi si riferisce usando l'attribuito "reale"), è utilizzato non come Sé totale ma come somma delle rappresentazioni intrapsichiche del sé e dell'oggetto con i relativi affetti, che opera accanto e insieme all'Io per «adattarsi e difendersi efficacemente, così da mantenere una regolazione continua dell'autostima, oltre che per identificare, articolare ed esprimere creativamente nella realtà i desideri unici o individuativi del Sé» (1997, p. 32). L'aggiunta di "reale" come connotativo del termine viene intesa dall'autore come indicatrice di una componente di realtà cosciente che, anche se con elementi di fantasia inconscia, denota un certo grado funzionale di realtà. Esso può essere in continuità con il concetto di Vero Sé di Winnicott ed è utile per distinguere il falso sé dei borderline e dei pazienti narcisistici come prodotto della fantasia difensiva.

Tuttavia, la vera rottura epistemologica che avviene in corrispondenza all'affermazione di una psicologia del Sé, è operata dallo psicoanalista Heinz Kohut (1977) della Scuola di Chicago. Egli ritiene che il modello psicoanalitico freudiano pulsionale e difensivo possa spiegare quello che lui teorizza essere l'«uomo colpevole» (*guilty man*) il cui conflitto centrale è di tipo pulsionale, ma, Kohut afferma, «la teoria classica non può illuminare l'essenza della vita umana, indebolita, fratturata e discontinua» (1977, p. 126) Egli evita però di dare una definizione ultima del Sé: «[...] La mia ricerca contiene centinaia di pagine che trattano la psicologia del Sé, eppure non attribuisce mai un significato inequivocabile al termine Sé, non spiega mai come dovrebbe essere definita l'essenza del Sé. [...] Il Sé, sia che lo si percepisca all'interno dello schema di riferimento della psicologia del Sé nel senso stretto del termine, come struttura specifica dell'apparato mentale, o, all'interno dello schema di riferimento della psicologia del Sé nel senso ampio del termine, come il centro dell'universo psicologico individuale, è, come tutta la realtà- la realtà fisica [...] o la realtà psicologica, non conoscibile nella sua essenza» (1977, p. 269). In Kohut, come osservato da Gaddini (1982), si può ancora trovare sulla scia hartmaniana la preoccupazione di definirlo in senso strutturale, il Sé è «qualcosa che emerge nella situazione analitica ed è concettualizzato [...] come un contenuto dell'apparato mentale» (Kohut, 1971, p. 15). Tuttavia, esso non è «uno dei suoi costituenti», ma bensì una «struttura della mente» e in quanto tale: «a) è oggetto di cariche energetiche istintuali; b) ha continuità nel tempo» (*ibidem*). In quanto alla sua collocazione psichica, essa è definita come «ubiquitaria», dunque si possono trovare rappresentazioni del Sé sia nell'Io che nel Super Io che nell'Es concomitanti e contraddittorie, conscie o preconsce, oppure in una specifica istanza.

L'impressione confusionaria di questi tentativi definatori deriva da una descrizione sostanzialmente epifenomenica del Sé che, inserita in una teorizzazione strutturale, ne accresce la complessità (cfr. Gaddini, 1982).

Tornando alla tradizione europea, essa rimane fedele al modello strutturale della mente, il concetto di Sé è incluso all'interno della scuola inglese con Winnicott (1970), per il quale il concetto di Sé è privo di qualunque accezione in termini strutturali, egli mira a escludere l'Io dal Sé. Esso (il Sé) si dà non in termini di teoria strutturale ma in ottica di un processo di sviluppo della mente infantile: Winnicott (1970), infatti, ritiene che sia dalle interazioni precoci con una madre sufficientemente buona che asseconda il gesto spontaneo del figlio che emerge il Sé Vero, teorizzazione portata avanti successivamente dalla teoria dell'attaccamento infantile in Bowlby (1980). Dunque, si ha l'emersione di un "Vero Sé" dall'interazione spontanea con la madre, ed un "Falso Sé" che ha origine «nell'interazionalità imperfetta di una madre che si sostituisce al figlio» (Ammaniti, 1989, p. 37).

Dal panorama psicoanalitico fin d'ora descritto emergono contributi teorici differenzianti in due sensi: rispetto a un Sé *evolutivo* e rispetto a un Sé *clinico*. Per quanto riguarda il primo, si riscontra una generale convergenza tra gli autori nel rintracciare un livello psicofisiologico in cui prevalgono meccanismi autoregolativi dei ritmi biologici per cui si può parlare di Sé regolativo, caratterizzato da una sostanziale indifferenziazione Sé-altro - anche se in questo senso dissente Stern (1987), che ipotizza una percezione *amodale* e con essa la possibilità per il bambino percepire sé distinto dall'altro. Da questo primo Sé si evolve un Sé emergente - per Emde (1991), un *nucleo affettivo*, - in conseguenza delle ripetute esperienze interattive basate su sincronie comportamentali condivise con le figure di accudimento. In questo senso il Sé diviene processo, un insieme di funzioni che aumentano in complessità e profondità col procedere del ciclo vitale (Emde, 1991). Dunque, il senso di Sé trova sempre miglior definizione nel riconoscimento e nei feedback contingenti dell'ambiente esterno, si verifica una regolarità di apprendimento del Sé memorizzante (nello schema di Kaye (1982)), fino ad arrivare a quello che Stern definisce Sé soggettivo, quando inizia ad aprirsi per il bambino la via dell'autoconsapevolezza. Infine, con l'acquisizione del Sé Sociale (Kaye, 1982) si ha l'acquisizione del pensiero simbolico nell'ottica del linguaggio come elemento del sistema umano. La consapevolezza di Sé così raggiunta costituisce un baricentro interno, un senso di continuità personale nel corso dei cambiamenti di spazio e tempo, riscontrabile nella vita adulta e, in successivo momento, nella clinica.

Alla definizione del Sé evolutivo si rivolge l'analisi di D. Stern (1987), il quale individua un primo *senso del Sé nucleare*: nucleo basilare del senso del Sé si forma tra i due e i sei mesi di vita. Le quattro componenti cardine definibili affinché si possa parlare di Sé nucleare, secondo Stern (1987), e

affinché esso possa costituirsi nei primi sei mesi di vita, sono: Sé agente, Sé coeso, senso di continuità, senso di possedere una affettività. Per quanto riguarda il primo, per instaurarsi esso necessita di un senso di volizione, è opinione largamente diffusa che il bambino non riesca a distinguere il suo gesto da quello materno; in realtà, Stern (1987) illustra come i programmi di rinforzo aiutino il bambino a saper distinguere il feedback che proviene da lui stesso e da ciò che proviene dalla madre. I movimenti che emanano da lui rientrano in una certa categoria di rinforzo, che obbedisce a regole diverse rispetto a quelli che emanano da un'altra persona in interazione con lui. Dunque, è possibile affermare che il bambino ha un approssimativo senso del suo Sé agente. Passando alla coesione, per la psicoanalisi essa è una fondamentale caratteristica del Sé nucleare del bambino, in una fase iniziale il suo Sé sarebbe indistinguibile da quello materno, in quanto esisterebbe una fusione e una conseguente perdita di confine tra i due. Il bambino in realtà non percepisce l'approssimarsi della madre e le conseguenti successive ingrandimenti della sua immagine riflessa nella retina materna come entità singole e indipendenti, ma ha un senso di progressione di esse e quindi di coesione e costanza dello stesso oggetto, seppur in movimento. I bambini inoltre riescono a rendersi conto della fonte medesima di sorgenti sonore e visive, ad esempio di una persona che parla e contemporaneamente muove le braccia, c'è un senso di coesione temporale dimostrata da diversi studi. La terza componente, il senso di continuità, è in definitiva data dalla memoria, e sappiamo che il bambino è in grado di riconoscere stimoli presentati a distanza di una settimana, e di alcuni presentati addirittura prima della propria nascita. La fase successiva della costituzione di un senso di *Sé soggettivo* avviene tra i nove e i dodici mesi: all'interno di questo periodo, infatti, il bambino compie un salto maturativo importante sotto più profili evolutivi (percezione, memoria, capacità motorie). Piaget (1966) ha parlato in questo proposito di *decentramento*, che costituisce la base per lo sviluppo della «teoria delle menti separate» e per l'intersoggettività. La successiva tappa dello sviluppo, il senso del *Sé verbale* si raggiunge tra i quindici e i diciotto mesi, quando il bambino sviluppa capacità di gioco simbolico, e successivamente, verso i tre anni, si ha un *Sé narrativo*, allorché il bambino è in grado di operare una narrazione e di dire cosa gli accade. Questo passaggio è fondamentale in quanto l'analisi del paziente si svolge in larga misura sulla base di ciò che egli è in grado di narrare di sé stesso, ovvero sul suo Sé narrativo. I precedenti stadi del Sé (nucleare, soggettivo, verbale) costituiscono, in analisi, «la materia su cui operare, essi rimangono sempre attivi e si mantengono per tutta la vita» (Stern, 1987, p. 118)

G. Jervis (1989) ha operato nella illustrazione di ciò che egli definisce i «malintesi riferiti al concetto di Sé» (1989, p. 28). In primo luogo, il Sé può collocarsi in due dimensioni, come già visto: quella esperienziale-soggettiva e quella essenziale-oggettiva. La prima, come auto presentarsi della persona (come autocoscienza, immagini di noi stessi) della molteplicità dei vissuti di Sé stessa, che convergono in una entità unica che garantisce la continuità col nostro passato: essa è in primo luogo

un *contenuto*; la seconda, come sottostruttura della coscienza, in definitiva dell'Io. Dunque, un Sé non in senso esistenziale ma in senso strutturale, funzionale, reificazione del sé “esperienziale”.

Noi ci percepiamo spontaneamente come unità, in particolare, per Freud, è compito dell'Io operare una strutturazione-integrazione, anche come difesa dai moti pulsionali e in funzione di un adattamento alla realtà esterna. L'Io fa in modo che la mente appaia come un sistema integrato, ma nella concezione freudiana l'individuo è costituzionalmente attraversato dalla conflittualità ed è intrinsecamente non unitario. Per Freud, la comune esperienza di Sé consiste nell'autorappresentazione di Sé che è in definitiva un costrutto illusorio, infatti in Freud l'uso del termine *Selbst* è raro e del tutto colloquiale, informale. Egli propone una teoria fortemente ancorata a una concezione materialistica e si orienta, allorché vi si riferisce, a un concetto di Sé ben lontano da qualsiasi dimensione concettuale o spiritualistica. Nonostante ciò, è molto presente in Adler e Jung. In quest'ultimo costituisce l'archetipo più importante, l'archetipo guida, il *Selbst* junghiano ha avuto molta influenza negli autori e psicoanalisti che hanno letto l'opera di Jung (1934-1954). Questa influenza è traslabile anche all'opera di Adler (1954) nel contesto statunitense, e della sua influenza su autori quali Horney (1950), Fromm (1973), Thompson (1972). La prospettiva adleriana sull'individuo come creativo e volto alla sua realizzazione sposa l'ottimismo adattativo americano: è una prospettiva orientata alla crescita, con implicazioni terapeutiche esortatorie e progressive, in una evoluzione dell'autenticità, più «umanistica».

Il Sé è un concetto centrale anche della psicologia rogersiana, che appartiene, assieme ad altre (Maslow, Allport, 1954, 1955) alla “terza forza” della psicologia, la psicologia autodefinitasi «umanistica». La teoria di Rogers (1951) fa perno sulla autorealizzazione del Sé come esperienza introspettiva integrativa che cede poco spazio all'inconscio e che ricalca l'ottimismo antropologico proprio di Adler. Al contrario, in Allport (1955), il Sé è un concetto che si riappropria, almeno parzialmente, della sua problematicità: infatti vi si attribuiscono delle funzioni del Sé (in un'ottica oggettivo-strutturale) ma allo stesso tempo si pone l'interrogativo sulla effettiva necessità di un “idea” del Sé.

Vediamo quindi come il concetto di Sé abbia una lunga storia di analisi e definizione che coinvolge la psicoanalisi. È opportuno notare, come sostiene Jervis (1989), che mentre James e Allport, come visto, hanno lavorato in senso molto preciso in riferimento a questa concettualizzazione, in autori successivi quali Kohut (1971, 1977) di cui più avanti sarà maggiormente approfondito, si registri una confusione concettuale assai maggiore. Egli, infatti, colloca il Sé al centro della sua teorizzazione senza mai, tuttavia, definirlo in modo univoco, lasciandolo sommariamente al centro di una nebulosa vaghezza.

Vi sono, come sostenuto da Molinari (1989), altri due margini teorici importanti da cui poter partire per l'approfondimento della tematica del Sé: Masud Khan (1972) e Kernberg (1984). Kernberg (1984) attribuisce curiosamente a Freud l'aver implicitamente incluso il concetto di Sé in quello di Io e aver volutamente evitato la separazione tra Io, istanza psichica della persona, e Sé, dimensione più personale che deriva dalla soggettività dell'esperienza, rifiutando in toto l'opera di Hartman (1950). Questa posizione riprende invece Jacobson (1964) con la teoria delle relazioni oggettuali e unisce sotto il termine di Sé rappresentazioni di Sé e rappresentazioni oggettuali in intima connessione tra di loro. Egli, infatti, preferisce utilizzare il termine «carattere» per riferirsi al Sé come persona intera, e il termine Sé per indicare la totalità di rappresentazioni intrapsichiche (del Sé e oggettuali). Il Sé, dunque, costituisce per Kernberg una «funzione e una struttura dell'Io, il quale si evolve gradualmente dall'integrazione delle sue rappresentazioni costitutive» (Molinari, 1989, p. 56). Per Kernberg (1984) non vi sarebbe una rilevanza psicoanalitica nella definizione del concetto al di là di quella inserita nel modello strutturale, infatti afferma: «[...] La prospettiva strutturale evidentemente convinse Freud a ridurre l'importanza precedentemente attribuita alle funzioni dell'autoconsapevolezza e del sentimento di Sé, e alla regolazione all'interno dell'Io; o forse egli fu indotto a considerare temporaneamente alcune di queste funzioni in termini intersistemici» (Molinari, 1989, p. 57). Dunque, se con il rifiuto del modello hartmaniano Kernberg sostiene che esso ha eliminato il Sé dalla metapsicologia (differenziandolo dall'Io), per Masud Khan (1972) è il Sé che non riesce a entrare nel modello strutturale. Sembrerebbe che, fin qui, il Sé non trovi una precisa collocazione all'interno della strega-metapsicologia, anche se è impossibile attualmente pensare, come sostenuto da Molinari (1989), espellere il concetto dal pensiero psicoanalitico. Infatti, il lavoro di Kohut (1971, 1977, 1978) è fondamentale nell'ottica di analisi della limitazione all'autonomia e all'indipendenza dell'Io, di ogni essere umano, che non si contestualizza solo al periodo infantile ma al corso dell'intera esistenza. Accanto all'Uomo colpevole, ferito per l'impossibilità di appagamento delle sue pulsioni, per via dei conflitti irrisolti, egli accosta l'Uomo tragico, volto alla realizzazione del Sé, passando da una psicologia del Sé *in senso stretto*, che colloca il Sé come costruito psichico a livello strutturale, a una psicologia del Sé *in senso ampio* che vede tutte le forme di psicopatologia riconducibili ad una debolezza, deformazione o difetti nella struttura del Sé, di cui è necessario riattivare il potenziale evolutivo comprendendo empaticamente il transfert d'oggetto-sé di tipo narcisistico (speculare o idealizzante) mobilitatosi (come verrà approfondito più avanti). La riattivazione del Sé porterà al ristabilimento di un Sé funzionante e della sua creatività, ciò lo pone in continuità con il pensiero di Winnicott (1971). Questi, non rifiutando mai del tutto il modello strutturale, seppur relegandolo quando limitante rispetto ad alcuni aspetti, dà una definizione di Sé come: «Per me il Sé, che non è l'Io, è la persona che è me stesso, che è soltanto me, che ha una totalità

basata sull'azione del processo maturativo» (Molinari, 1989, p. 66), ma al contempo delinea una declinazione diversa quando concettualizza Vero sé e Falso sé ben al di là della sostituibilità con il concetto di carattere (come sostenuto da Kernberg). Inoltre, il concetto di Vero Sé, come vissuto di continuità della propria esistenza, accompagnato dall'adattamento sociale vicariato dal Falso Sé col quale esso è sempre coesistente, limita la visione illusionistica di Vero Sé "puro" che, per Masud Khan (1972), costituisce un ideale che, in definitiva, non esiste: «un ideale concettuale che è conosciuto concretamente soprattutto perché assente» (Molinari, 1989, p. 66).

1.5 *La psicologia del Sé di Heinz Kohut* (Vienna, 3 maggio 1913 - Chicago, 8 ottobre 1981)

Heinz Kohut (1971), a partire dalle considerazioni sulla clinica dei disturbi narcisistici di personalità, considera il Sé come unione di oggetti-sé investiti da libido narcisistica: dunque non vi sarebbe distinzione tra Sé e oggetto, ma piuttosto maturazione da oggetti-sé primitivi a oggetti-sé maturi.

Il Sé è assunto in Kohut come «centro ed essenza della mente» (Fornaro, 1996, p. 49), ed in modo specifico a partire da *The restoration of the self* (1977) quando il Sé diventa in modo specifico una chiave di rilettura della psicoanalisi. Kohut ne scrive una definizione nel suo lavoro *On courage* (inizio anni Settanta):

«[...] Il Sé è un contenuto della mente potenzialmente osservabile. Adottando questa prospettiva possiamo riconoscere l'esistenza simultanea di più Sé diversi e contraddittori nella stessa persona. [...] Tra questi Sé ne esiste uno più centrale nella psiche che è sentito dall'individuo come qualcosa di fondamentale, e che è più resistente al cambiamento. È questo io che chiamo Sé nucleare. [...] Il Sé nucleare è dunque quel settore inconscio preconsciouso e conscio nell'Es, nell'Io e nel Super Io che contiene non soltanto i valori e gli ideali più stabili dell'individuo, ma anche i suoi fini, i suoi obiettivi e le sue ambizioni più profondamente radicati». (1971, pp. 35-36).

Come evidenzia Fornaro (1996), si assiste a una «agglutinazione di significati nel concetto di Sé» (1996, p. 58): il Sé finisce per assorbire l'Io; il Sé si fonde con il concetto di oggetto, diventando oggetto-Sé; la separazione tra Sé e rappresentazione di Sé è respinta; infatti, il Sé è allo stesso tempo realtà soggettiva e struttura-organizzazione. Il Sé è essenzialmente, dinamismo, attività «centro di iniziativa autonoma», avendo un orientamento, è volto alla sua realizzazione, esso è di sua natura «orientato verso il futuro e con un destino» (Kohut, 1981, p. 226).

Per quanto riguarda la genesi del Sé, Kohut (1971) oscilla tra una soluzione innata e ambientalista: infatti, è idea costante che il comportamento materno abbia un ruolo centrale nella costituzione del Sé; il bambino, in altri termini, guadagnerebbe l'immagine coesa di Sé tramite la funzione rispecchiante dalla madre, in ottica puramente narcisistica (il senso di essere un Io dall'Altro che mi

riserva, guardandomi) e ambientalista (Fornaro, 1989). È tuttavia presente una prospettiva innatistica quando Kohut prevede l'esistenza di un «Sé rudimentale, della primissima infanzia si dà quando le potenzialità innate del bambino convergono con le aspettative di oggetto-Sé nei suoi riguardi» (Kohut, 1977, p. 99) intendendo con questo la costituzione del Sé nucleare come «[...] interazione tra la dotazione innata del neonato e le risposte selettive degli oggetti-Sé. [...] Da questo processo selettivo, emerge, probabilmente durante il secondo anno di vita, il Sé nucleare» (1978, p. 70). In conclusione, Kohut risolve la questione postulando la presenza di un nucleo originario plasmato sulla presenza di Oggetti-Sé empatici, seppur rimanendo, la coesione del soggetto, ben lontana dall'essere saldatura di matrice innata o ambientale ma come risultato di un complesso equilibrio sempre pronto a disfarsi.

Alla genesi del concetto kohutiano di Sé si collegano due capitoli cardine della dottrina di Kohut: empatia e narcisismo, già a partire dal 1971 con l'opera *The analysis of the self*. Riguardo al concetto di empatia, è particolarmente rilevante se lo si considera alla luce della definizione che Kohut dà di fenomeni psicologici, all'interno dei quali «gli elementi essenziali della osservazione psicologica sono l'introspezione e l'empatia» (1959, p. 26). Proseguendo, egli afferma «L'empatia definisce nella sua essenza il *campo* delle nostre osservazioni, ovvero il campo della psicologia del profondo, e non è soltanto uno strumento insostituibile.» (1959, p. 262). Ancora: «Nella mia opinione l'essenza della psicoanalisi risiede nell'immersione empatica protratta dell'osservatore scientifico nell'osservato, con lo scopo di raccogliere dati e di spiegarli» (1959, p. 262). Dunque, l'empatia, in senso di “introspezione vicaria”, è lo strumento più proprio dell'indagine psicoanalitica, attraverso essa «[...] incominciamo a sentire la sua statura insolita come se fosse la nostra» (1959, p. 27) definendo i confini della disciplina non con l'oggetto d'analisi ma con il metodo. La capacità empatica deriva, per Kohut, dall'esperienza dell'*empatia primaria*: «La base della nostra abilità di ottenere accesso alla mente di un'altra persona è costituita dal fatto che nella nostra organizzazione mentale precoce i sentimenti, le azioni, il comportamento della madre sono stati inclusi nel nostro Sé» (1978, p. 102).

Inoltre, l'empatia è un concetto fondamentale come appoggio del Sé nucleare: in *The restoration of the self* (1977) Kohut descrive un bambino «destinato a sopravvivere psicologicamente in un ambiente umano di oggetti-Sé capace di risposte empatiche proprio come, per poter sopravvivere fisicamente, deve nascere in una atmosfera che contenga una quantità ottimale di ossigeno» (1977, p. 88). Il suo Sé nascente ha l'aspettativa di una sintonizzazione con i suoi bisogni con la stessa certezza con cui si può dire che l'apparato respiratorio si “aspetta” ossigeno. Questi concetti vengono sviluppati in riferimento all'esperienza di fusione con un oggetto Sé empatico onnipotente che fornisce una «frustrazione ottimale» (in equilibrio tra una mancanza di gratificazione una ipergratificazione) la quale porterà alla costituzione di strutture «attraverso l'interiorizzazione

trasmutante» (1982, p. 64, pp. 78-79). Dunque, l'empatia kohutiana, come sottolinea Fornaro, ha una funzionalità più ampia di concorrere alla formazione della struttura del Sé, questo è valido sia per le figure parentali che per l'analista.

Per quanto concerne le origini del Sé, la psicologia del Sé, dice Kohut, è «totalmente inutile e non può essere applicata laddove vi sia l'assenza del Sé» (1982, p. 92), ovvero quando il Sé non possa funzionare come reale centro indipendente di iniziativa; infatti, in questo caso le pulsioni occuperanno il centro del palcoscenico psicologico, così come avviene nel bambino e nella psicosi gravemente regredita. In questi casi si applica il modello pulsione-difesa e quello strutturale.

Kohut (1982) afferma che il Sé nucleare non si formi attraverso affermazioni ed incoraggiamenti coscienti, o rifiuti e scoraggiamenti coscienti, ma attraverso la rispondenza di oggetti- Sé che ha radici profonde ed è in ultima istanza una funzione del Sé nucleare degli oggetti-Sé (in riferimento al concetto di frustrazione ottimale). Infatti, Kohut afferma che, durante il primo sviluppo psichico, si verifica un processo mediante il quale «alcuni contenuti arcaici mentali che sono stati percepiti come appartenenti al Sé vengono assegnati all'area del non Sé mentre altri sono aggiunti al Sé» (1977, p. 162). Come risultato di questo processo si stabilisce un Sé centrale (*nucleare*): questa struttura è alla base del nostro senso di essere un centro indipendente di iniziativa e di percezione, integrato con le nostre ambizioni e i nostri ideali più centrali. E con la nostra esperienza che la mente e il corpo formano una unità nello spazio e un continuo nel tempo. Questa configurazione psichica in connessione con abilità e talenti che si sviluppa in risposta a ideali e ambizioni, forma il settore centrale della personalità. Questo si ricollega alla sua teorizzazione del «gradiente di tensione» (1977, p.164): così come esiste un gradiente di tensione tra due poli elettrici di carica inversa + e -, allo stesso modo esiste una relazione che intercorre tra le varie componenti del Sé, che è specifica del Sé individuale e che si riferisce alla condizione promotrice di azione che si crea *tra* gli ideali e le ambizioni di una persona. Invece, l'«arco di tensione» si riferisce al flusso costante di attività psichica effettiva che si stabilisce tra i due poli del Sé, attraverso cui è «sospinto» dalle sue ambizioni e «guidato» dai suoi ideali. Il bambino ha due possibilità nel processo di consolidamento del Sé: i disturbi del Sé derivano dal fallimento di queste due opportunità evolutive. In primo luogo, l'instaurarsi di un Sé coesivo-grandioso esibizionistico, attraverso il rapporto con un oggetto sé che risponde empaticamente e svolge una funzione *speculare* e di approvazione; in secondo luogo, l'instaurarsi dell'Imago parentale coesiva idealizzata attraverso il rapporto con l'oggetto-sé parentale che risponde empaticamente e permette che il bambino le idealizzi e «si fonda con lui» (1977, p. 170).

Rispetto alle concezioni di Klein (1932), Kohut afferma che il bambino alla nascita ha un «Sé virtuale» (1977, p.101), corrispondente metaforicamente a livello geometrico al punto nell'infinito di

intersezione di due rette parallele nello spazio: esso non ha fantasie inconscie verbalizzabili, come il modello kleiniano prevede, ma solo aumento e diminuzione di tensione, secondo il modello prima visto.

Se si adotta la prospettiva della psicologia del Sé, continua Kohut, si comprende come esistano due tipologie diverse di angoscia: la prima angoscia che deriva dall'esistenza di un Sé sufficientemente coesivo, l'enfasi ricade su un pericolo specifico e non sulle condizioni del Sé (angoscia segnale); la seconda comprende le angosce sperimentate in corrispondenza di un Sé che si va disintegrando, dunque l'enfasi dell'esperienza ricade sullo stato precario del Sé. Di conseguenza, l'intensità della pulsione non è la causa della patologia ma il suo risultato. Infatti, il concetto di pulsione non è rifiutato da Kohut: esso è riassorbito nel concetto di Sé, e viene alla luce solo nei momenti di frammentazione del Sé. Dunque, sia la pulsione che la relazione oggettuale sono solo dei momenti funzionali del Sé che non corrispondono al nucleo centrale e ultimo della persona (cfr. Fornaro, 1996).

Kohut (1977) afferma che, in analisi, l'angoscia «emergerebbe in successione ad altre paure di solito di natura ipocondriaca o fobica» (1977, p.106). L'interpretazione di tali paure verbalizzabili può avere un effetto benefico ma esse coprono la reale angoscia sperimentata come terrore senza nome. L'effetto benefico non è di lunga durata, risultati duraturi si hanno quando si interpreta il livello reale del disturbo.

Per quanto riguarda la teoria dell'aggressività, la quale si manifesta nei pazienti sottoforma di resistenza e di transfert negativo, non viene considerata come espressione di una pulsione primaria ma come prodotto di disintegrazione del Sé negativo. La rabbia distruttiva è sempre collegata a una ferita del sé, una ferita narcisistica che ha minacciato la coesione del Sé specialmente inflitta dagli oggetti-Sé dell'infanzia. La minaccia più importante non è il rischio di evirazione, essa è basilare e va al di là della sopravvivenza fisica: è la minaccia di distruzione del Sé nucleare. L'integrità del Sé corporeo è un contenuto prevalente del Sé nucleare. La rabbia e l'aggressività sono frammenti di configurazioni psicologiche più ampie che compongono il Sé nucleare, sono prodotti della regressione. La rabbia manifestata dal bambino non è primaria, la configurazione psicologica primaria non contiene la rabbia distruttiva, ma «l'autoaffermazione pura» (1977, p.115). La fiducia del bambino è innata, egli non sviluppa fiducia nel suo ambiente, ma la ristabilisce.

Se la costruzione della teoria e della clinica di Kohut si servono del paradigma dell'empatia, le idee da cui origina la sua concezione della mente prendono origine da un altro punto: la revisione critica della teoria freudiana del narcisismo e dall'analisi dei transfert narcisistici. Kohut pone come base per la definizione del narcisismo non «la preliminare posizione topologica dell'oggetto» (Fornaro, 1996, p. 110) come parte di Sé o esterno, ma la modalità di investimento. Qualunque entità può essere

investita narcisisticamente, egli infatti afferma: «Il narcisismo, nella mia visione generale, è definito non dall'obiettivo (*target*) dell'investimento pulsionale (se tale obiettivo sia il soggetto stesso o siano gli altri), ma dalla natura o qualità della carica pulsionale (*quality of instinctual charge*). Il bambino piccolo, per esempio, investe gli altri con cariche narcisistiche e li percepisce così narcisisticamente, cioè come oggetti-Sé» (1971, p. 34). Kohut (1971) teorizza un Sé narcisistico che sarebbe la prima forma di narcisismo immediatamente succedanea al narcisismo primario e che in definitiva andrebbe a sostituirsi all'Io, sempre meno frequentemente nominato a partire dal 1971. Si evidenzia il nesso tra narcisismo e Sé nucleare e come questo si accompagni al dispiegarsi del Sé nell'articolo pubblicato postumo dal titolo *On courage* (1985): «L'uomo si avvicina alla propria realizzazione narcisistica [cioè consegue le proprie ambizioni e i propri ideali], quando è capace di attualizzare il modello inscritto nel suo Sé più centrale», essendo mosso da una «irresistibile spinta [...] a realizzare il progetto profondamente radicato nel suo Sé nucleare» (1985, p. 60).

Occorre a questo punto chiarire, come sostiene Fornaro (1996), la distinzione tra Sé narcisistico e la sua controparte, l'Imago parentale idealizzata. Il primo, costituisce un ideale di perfezione in cui «ogni cosa piacevole, buona, perfetta è considerata parte di un Sé rudimentale» (Kohut, 1966, p. 85), ciò avviene «stabilendo un'immagine grandiosa ed esibizionistica del Sé: il Sé grandioso» (Kohut, 1971, p. 33). Il Sé narcisistico si caratterizza per avere una carica narcisistica mantenuta all'interno dell'ambito del Sé e «non compie quello specifico passo parziale verso l'amore oggettuale che produce l'idealizzazione» (1978, p. 89). Come prosegue Kohut, «l'esibizionismo del bambino deve essere desessualizzato e subordinato alle sue attività rivolte ad una meta» (1978, p. 92).

Invece, nel caso dell'Imago parentale idealizzata, si verifica il tentativo di operare in senso di conservazione dell'onnipotenza e perfezione originarie, attribuite «a un Tu rudimentale, l'adulto, perfezione e potere assoluti» (1966, p. 85) ovvero «trasferendo la perfezione precedente a un oggetto-Sé ammirato e onnipotente (transizionale): Imago parentale idealizzata» (1971, p. 33). In altri termini, la fonte di rispecchiamento del proprio Sé narcisistico e grandioso avviene attraverso l'altro. Queste due entità faranno parte della successiva teoria del «Sé bipolare» (1977, p. 169): il Sé si articola nella dinamica di questi due poli oggetto-Sé idealizzato (erede dell'Imago parentale idealizzata) e Sé grandioso (erede del Sé narcisistico). In *The analysis of the self* (1971) farà corrispondere ai due poli, quello più soggettivo (il Sé narcisistico o grandioso) e quello più oggettivo (l'Imago parentale idealizzata, l'oggetto-Sé arcaico) «i due transfert narcisistici (speculare e idealizzante)» (1971, p. 124).

1.5.1 Psicopatologia in Heinz Kohut e scissione verticale

Kohut (1971) è spinto, con l'opera del 1971 *The analysis of the self*, a definire quelle situazioni patologiche che si inscrivono al confine tra l'area psicotica (avvicinandosi ma non coincidendo con l'area borderline) e le aree di nevrosi freudiana. Egli sostiene che le patologie narcisistiche di personalità e del comportamento non sussistano come elementi trasversali alle varie patologie, ma formano un'area psicopatologica a sé stante, cosa che verrà sottolineata nelle descrizioni cliniche tipiche attuali: come ad esempio «sensazioni di vuoto» (1971, p. 25), «tendenze depressive» (1971, p. 30), «ipersensibilità alle offese», «ipocondria» (1977, p. 174), «autostima labile» (1978, p. 164). Si sviluppa l'idea in Kohut, come evidenzia Fornaro (1989), «di una sostanziale separazione tra i disturbi di nevrosi di transfert descritti da Freud, caratterizzati da un Sé più coeso e spiegabili nei termini del modello pulsionale, ed i disturbi narcisistici, i quali sarebbero connotati da una compromissione maggiore e incipiente del Sé, la cui comprensione rientra nella psicologia del Sé» (1989, p. 165). Metaforicamente, l'una è la psicologia dell'Uomo colpevole (1977, 1984), l'altra è la psicologia dell'Uomo tragico, che punta alla coesione e realizzazione del Sé: essi si configurano come due ipotesi "cliniche" di lettura della psicopatologia che fanno capo, in definitiva, a due modelli teorici diversi.

Ne *La ricerca del Sé* (1978) Kohut teorizza due tipi di disturbi: i disturbi *secondari* del Sé (o reattivi), che sarebbe reazioni di un Sé strutturalmente non compromesso alle vicissitudini della vita, il quale tollera oscillazioni variabili dell'autostima in corrispondenza del fallimento; e i disturbi *primari* del Sé, che possono essere divisi in diversi sottogruppi a seconda della gravità e della loro natura, ma che complessivamente si caratterizzano «per un difetto del Sé permanente o protratto in cui le strutture difensive o sono assenti o non sono sufficienti al suo occultamento» (1978, pp. 166-167). Kohut (1977) opera differenziando i disturbi primari in vari sottogruppi tra cui la psicosi, gli stati limite, le personalità schizoidi o paranoide, i disturbi del comportamento narcisistico (caratterizzati da sintomi alloplastici [Ferenczi (1930)] e, ad essi strettamente correlati, i disturbi narcisistici della personalità (caratterizzati da sintomi autoplastici [Ferenczi 1930]) (1977, p. 173). La chiave di lettura è rintracciabile nei tre temi cardine: «l'approccio globalistico del soggetto, il primato del Sé, la manifestazione della pulsione, in particolare la sua subordinazione al Sé» (1977, p. 79). La ridefinizione dell'oggetto e della pulsione in funzione del Sé sono illuminanti per quanto riguarda la considerazione della patologia; per cui non si riconducono agli oggetti parziali ogni relazione interpersonale, ma al contrario il rapporto con l'oggetto parziale è per Kohut surrogato della relazione con l'oggetto-Sé totale, per cui «ci si trova di fronte a esperienze pulsionali, piuttosto che a pulsioni» (1984, p. 265). Una conseguenza importante sul piano psicopatologico è l'elaborazione del concetto di «scissione verticale», *vertical split*, tipica dell'uomo del nostro tempo: essa è complementare a quella orizzontale della psicoanalisi (tra conscio e inconscio). Essa consiste, per Kohut, nella

compresenza nel soggetto di due immagini contrapposte di Sé: «conscie o al più preconscie: una grandiosa e una depressa» (1971, p. 175). Di conseguenza, non si parla propriamente di “rimozione”, tuttavia si può riscontrare una certa affinità con l’*Ichspaltung* dell’ultimo Freud (1938) (in relazione alla psicosi e alla perversione), che riguarda appunto la coesistenza e l’oscillazione tra due percezioni, una realistica e l’altra in cui la realtà è sostituita da uno pseudo-percetto. Tale impianto teorico spiega a livello eziopatogenetico la clinica: per Kohut, infatti, al fine di «comprendere i nostri pazienti [...] un modello di conflitti inconsci è ormai superato» (1984, p. 88). Particolare rilievo assume allora la prospettiva kohutiana sui sintomi depressivi, che si configurerebbero come la controparte necessaria di un Sé grandioso, i cui bisogni non si siano evoluti e dunque restino *insoddisfacibili* (Kohut, 1971). Oppure, se considerati alla luce della realizzazione del programma del Sé nucleare, il suo fallimento «trasla il significato psicopatologico della clinica sul piano esistenziale» (Fornaro, 1996, p. 217). In quest’ottica, ad esempio, la perversione si connota non come pulsione parziale incontrollata, ma come ripiegamento su un Sé corporeo, o una parte di esso, in un piacere sostitutivo possibile alla luce di un fallimento di realizzazione del Sé. La cura e la sua realizzazione passano per Kohut attraverso «la riattivazione di quel punto di sviluppo in cui il disturbo ha avuto inizio» (1971, p. 96), infatti: «la graduale acquisizione di un rapporto empatico con oggetti-Sé maturi costituisce l’essenza della cura psicoanalitica» (1984, p. 95). L’analista funge da protesi per la “riattivazione del Sé nucleare (che comunque non può mai essere costituito *ex novo*)” (1984, p. 134).

A questo punto, prima di entrare nel merito della clinica psicoanalitica con i pazienti “al limite” contemporanei, è opportuno ricostruire i principali elementi storici della configurazione psicopatologica borderline, circa le modalità con cui sia venuta a costituirsi come categoria diagnostica a sé stante, e successivamente analizzare quegli elementi chiave che permettano una comprensione psicodinamica di tali pazienti e le conseguenze sul piano della analizzabilità. A questo proposito, saranno anche approfondite le implicazioni a livello del Sé corporeo e delle concretizzazioni in “atti sintomo”, tramite il contributo di A. Lemma (2015) e J. McDougall (1990).

Capitolo 2

Il Sé borderline

2.1 *Borderline*: elementi di storia del termine in psicoanalisi e psichiatria

Il termine “borderline” si afferma nella metà del secolo scorso per indicare in modo sommariamente generico pazienti con scarsa analizzabilità, e in contemporanea non collocantesi all’interno del quadro nevrotico. Come è noto, circa il concetto di analizzabilità come criterio clinico, Freud (1914) distinse le “nevrosi di transfert” dalle “nevrosi narcisistiche”, indicando con le seconde paranoia e schizofrenia, caratterizzandole per la loro inalizzabilità psicoanalitica, in quanto riferite a pazienti privi della capacità di sviluppare transfert.

Con il passare del tempo, fino ad arrivare agli anni Trenta, vi è una sempre maggiore consapevolezza degli analisti circa l’esistenza di configurazioni psicopatologiche nell’area intermedia tra psicosi e nevrosi, e il termine borderline si va sempre più affermando nell’uso, soprattutto da parte della psicologia nordamericana (fortemente influenzata dalla psicoanalisi). Per quanto Freud non si sia occupato degli stati limite, il termine compare una sola volta nell’introduzione all’opera «Gioventù travolta» di Aichorn, nel quale Freud (1925) utilizza l’espressione «Stati patologici al limite». In questo breve scritto Freud sottolinea come nei casi in cui manchino di premesse alla “situazione analitica”, si richiede che “siano sviluppate talune strutture psichiche affinché sia possibile una particolare impostazione verso l’analista”. Nel caso di quadri di grave impulsività come quelli descritti da Aichorn (gli “stati patologici al limite”) da attuarsi è un processo diverso dall’analisi tradizionale, anche se risulta poi coincidere con essa quanto a intenti terapeutici.

I tre pionieri che diedero importante contributo nella fase di definizione iniziale furono, in ordine cronologico, A. Stern (1938), Knight (1953) e Grinker et al. (1968).

Il concetto si afferma in modo ufficiale nel 1938, un anno prima della morte di Freud, quando Adolf Stern (1938), come riporta J. Gasser (1999) in «*Elementi per una storia della nozione di borderline*», pubblica un articolo considerato come fondatore del concetto contemporaneo di borderline. Egli scrive, infatti, in merito ad un gruppo di pazienti a livello ambulatoriale non riconducibili alle categorie classiche di nevrosi o psicosi, con caratteristiche insolubili nel quadro della psicoanalisi classica, essendo al contempo non analizzabili, e neanche propriamente psicotici. Le caratteristiche individuate da Stern sono principalmente l’accoglimento rigido dell’interpretazione vissuta con ansietà profonda, indice di insicurezza e ferita narcisistica antica derivante da carenze affettive della

prima infanzia, instabilità dell'esame di realtà, in particolar modo in riferimento alla sfera interpersonale, l'utilizzo di meccanismi di difesa primitivi quali la scissione e la proiezione.

Circa quindici anni dopo, nel 1953, Knight (1953) presenta gli stati limite sotto la prospettiva dell'organizzazione di personalità: egli, infatti, definisce questi pazienti come presentanti una psicopatologia di aspetto nevrotico soffrendo perlopiù di disturbi psicotici. L'autore basa questa affermazione sull'osservazione della modalità regressiva dei pazienti all'interno del setting analitico, quando, in corrispondenza dell'interpretazione delle difese nevrotiche, emergono sintomi psicotici. Le riflessioni di Knight (1953) portano a due conseguenze importanti: «la prima, la separazione così istituita tra una psicopatologia descrittiva e la forza dell'Io, introducendo il concetto di disturbo nella struttura e nell'organizzazione della personalità; la seconda, una gerarchizzazione delle difese dell'Io, e l'importanza di quelle nevrotiche nell'arginare la possibile comparsa di disturbi psicotici» (Gasser, 1999, pp. 34-35).

Infine, durante gli anni Sessanta del secolo scorso, Grinker et al. (1968) operarono un ulteriore passo in avanti nella sistematizzazione della teoria circa questi pazienti, tramite un'analisi fattoriale dei comportamenti osservabili per generare una sommaria descrizione diagnostica (ipersensibilità alle critiche, paura e inadeguatezza nei confronti dei rapporti intimi, disturbi dell'identità, bassa autostima, tendenza alla depressione, difese primitive). Tramite l'analisi fattoriale si definirono quattro sottotipi: al bordo della psicosi, borderline nucleari, personalità "come se", al bordo della nevrosi. Questo approccio, più di tipo fenomenologico-descrittivo, verrà ripreso nel lavoro di Gunderson (1975) che realizzò il progetto di ricerca per la DBI, *Intervista diagnostica per i borderline*, con la quale si è arrivati a una definizione delimitante più precisa del borderline, con la creazione del questionario le cui linee guida sono confluite poi nel DSM-III-R negli otto descrittori patognomonic del disturbo.

Il concetto di organizzazione di struttura di personalità assume crescente importanza verso la fine degli anni Sessanta e i primi anni Settanta, soprattutto con le teorizzazioni di O. Kernberg del 1967 e di J. Bergeret poi (1970). O. Kerberg (1975) afferma che quella degli stati limite non è una condizione fluttuante tra nevrosi e psicosi bensì una organizzazione patologica di personalità *stabile e specifica*, istituendola come entità a sé, caratterizzata da meccanismi di difesa primitivi (scissione e identificazione proiettiva), perdita di identità, rotture transitorie di un esame di realtà che risulta complessivamente conservato, costellazione sintomatologiche (ansia libera, nevrosi polisintomatiche). Bergeret (1974) propone una definizione analoga definendo la patologia "né psicotica né nevrotica", come organizzazione mentale fluttuante che chiamò *organizzazione a statuto provvisorio*. Per quanto riguarda la diagnosi, Bergeret (1974) aggiungerà successivamente l'aspetto

relativo all'angoscia soggiacente, che, se per nevrotico corrisponde all'angoscia di castrazione, per il borderline si connota come angoscia abbandonica. L'autore, infatti, colloca gli stati limite come un *tronco comune* di psicopatologie connotate da un arresto nel processo maturativo dell'Io, da cui dipartono varie forme sintomatiche, alla cui base si colloca sempre un *lutto non elaborato rispetto all'oggetto primario*. Questo concetto si declinerà nella prospettiva di Chabert (2006) come lutto "congelato".

Successivamente, gli sviluppi nella definizione clinica e teorica si articolano principalmente in tre direzioni: la psicologia dell'Io, con le nozioni di meccanismi di difesa differenziati gerarchicamente; la psicologia del Sé, che prende in considerazione l'aspetto di integrazione della personalità e l'importanza delle relazioni attuali; e la teoria delle relazioni oggettuali, con la definizione di integrazione (o non integrazione) delle relazioni oggettuali primitive.

Intorno al 1975 le principali nosografie psichiatriche riconoscono la nuova entità e la integrano nei sistemi diagnostici ufficiali. Nel DSM il termine compare per la prima volta nella III edizione del 1980, distinguendone due forme a seconda della continuità con la nevrosi (che divenne la forma *borderline tout court*) o con la schizofrenia (forma *borderline schizotipica*).

Gli otto criteri diagnostici, tra cui rapporti interpersonali instabili e intensi, impulsività, instabilità dell'umore, rabbia intensa e inappropriata, comportamenti fisicamente autolesivi, disturbo di identità, cronici sentimenti di vuoto, difficoltà a tollerare la solitudine, rimasero sostanzialmente invariati nel DSM-III-R, mentre nel DSM-IV venne aggiunto un nono criterio indicante le potenziali ideazioni paranoide in corrispondenza di forte stress o di severi sintomi dissociativi.

Attualmente, il DSM-V (2013) riporta il disturbo borderline tra i disturbi di personalità appartenenti al cluster B, elencandone i seguenti criteri:

Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono. Nota: Non includere i comportamenti suicidari o auto mutilanti considerati nel Criterio 5.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.

4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate). Nota: Non includere i comportamenti suicidari o auto mutilanti considerati nel Criterio 5.
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento auto mutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica in tensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es.: frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Dopo aver preso in esame gli elementi principali dell'evoluzione storica della diagnosi borderline, è possibile approfondire in senso psicodinamico la configurazione psichica di questi pazienti, in merito ai principali contributi psicoanalitici che consentono una comprensione più estesa rispetto alla mera elencazione sintomatologica riportata nelle nosografie psichiatriche.

2.2 Comprensione psicodinamica del funzionamento della personalità borderline

Come afferma La Scala (2012), in accordo con Roussillon (2006), è con i pazienti borderline che, al contrario della nevrosi, in cui il limite rimane un aspetto secondario nella cura analitica, i vissuti relativi al *limite* e alla trasformazione dei confini esprimono elementi psichici originari e primitivi, il cui livello è molto lontano dalla metaforizzazione e rappresentabilità propria della nevrosi.

Come si esprime La Scala (2012) citando Brusset (2006), lo stato limite «mette in scacco la nosografia» (2012, p. 96) e pone problemi più generali circa i livelli di organizzazione di personalità.

Winnicott (1971), che si è dedicato allo studio di questo tipo di pazienti, li considera come aventi una parte centrale psicotica ma al contempo una strutturazione psiconevrotica sufficientemente coerente, tale da poter generare una psiconevrosi o un vissuto psicosomatico quando vi sia «la minaccia dell'emersione del nucleo di angoscia psicotica centrale» (1971, p. 153). Dunque, si comprenderebbe il borderline non alla luce di un fallimento della struttura nevrotica, quanto per la presenza di un nucleo psicotico primitivo.

Per Racalbutto (2001), allontanandosi dalla definizione di limite come concetto, si potrebbe parlare di *limite* inteso come paradigma personale di vissuto di ogni uomo: «le aree di confine rimandano al problema dell'esperienza, della formazione, dell'individuazione e della differenziazione tra dentro e fuori, fra me e non me» (2001, p. 33). Si tratta di esperienze comuni di co-presenza di parti

apparentemente incompatibili, proprie anche ma non soltanto di quei pazienti definiti da Quinodoz (2004) «eterogenei», eterogeneità di cui però non esiste collocazione precisa tra follia e non follia, che anche Freud (1937) in *Analisi terminabile e interminabile* aveva descritto come molto più frequenti delle situazioni fortemente differenziate e tra loro contrapposte.

Anche Gaddini (1989) supera la dicotomia nevrosi-psicosi come idea base per la comprensione del confine di questa forma psicopatologia. Egli afferma, infatti, che non è funzionale stabilire l'Io del borderline come psicotico, o al margine, o che possieda un nucleo psicotico, quanto piuttosto che, se non lo è, possa in ogni momento diventarlo. Il punto centrale è proprio quello, per Gaddini, di un Io strutturato in modo da utilizzare al bisogno delle organizzazioni difensive patologiche senza venirne alterato (Gaddini, 1989). Egli sostiene la rilevanza che assume la “varietà di patologia latente” celata dalla patologia manifesta. Nel corso di un'analisi, infatti, il paziente borderline può manifestare tratti ossessivi, fobici, o sviluppare transfert psicotico delirante, se la necessità lo impone, come sottolineato in *Note sulla struttura borderline* (1989).

Montgrain (1999), in *Limiti e stato limite*, aggiunge che questo concetto è illuminante anche per la società nella quale si vive. Una società che «non trova più i limiti che gli imponeva una consapevolezza derivata dall'altra e che trasforma i rapporti sociali in rapporti paranoidei. Lo stato limite ne è l'escrescenza e la caricatura psicopatologica» (1999, pp. 86-87). Scrive Roussillon: «L'analisi dei limiti o l'analisi *ai* limiti, rappresenta nell'attualità una delle congiunture più propizie per l'esplorazione psicoanalitica sia clinica che tecnica che propriamente metapsicologica» (2006, p. 90, corsivo aggiunto).

A questo proposito, nella definizione di Green (1991), i casi al limite mettono in questione «la pertinenza della metapsicologia acquisita attraverso lo studio della nevrosi» (1991, p. 82) con l'esigenza di formulazione della terza topica. Per Massimo Recalcati (2010), il quale ha affrontato le nuove forme sintomatologiche nella sua opera *L'uomo senza inconscio*, si può parlare, circa la proliferazione della forma borderline, della concretizzazione sul piano clinico dell'insegnamento dell'ultimo Lacan, nel corso degli anni Settanta, rispetto alla generalizzazione della forclusione. Infatti, per Lacan, la forclusione non si limita unicamente a definire la psicosi, ma definisce l'essere umano in quanto tale, in quanto «*parlessere*», il quale non è mai in grado di definire la natura reale del proprio godimento, generando sempre uno scarto dalla rappresentazione simbolica, esemplificata nei casi borderline, in cui il limite di essa non è altro che il limite linguistico alla significantizzazione del reale. Dunque, la psicosi si collocherebbe, per Lacan (1955), come vero paradigma della clinica psicoanalitica, al contrario della nevrosi che rimane fondamentalmente simbolica e anche clinica del reale. Un altro aspetto attuale sollevato dalla problematica delle personalità borderline è, per

Recalcati, quello che concerne l'analizzabilità: una clinica che si basa sulla centralità della rimozione deve interrogarsi rispetto a nuove forme di incapacità di soggettivazione del desiderio, caratterizzate da un'esistenza logorata da dipendenze patologiche il cui sintomo è privo della formazione simbolica dell'inconscio, e sull'ipotesi di una risposta positiva possibile. Una cura al cui centro si collochi la pratica della *parola*, non può se non con difficoltà, come esplica Recalcati (2010), intervenire in sintomi che sono la concretizzazione di agiti o passaggi all'atto, o «sintomi-atto». I pazienti “senza inconscio”, come li definisce Recalcati, sono quei pazienti che non danno valore alle parole, e gli stati al limite pongono il problema di accedere ad un qualche livello di simbolizzazione. Questo si ricollega alla teorizzazione di Antonino Ferro (2002) in *Fattori di malattia, fattori di guarigione*, all'interno della quale Ferro organizza tre forme patologiche fondamentali: la prima determinata da una carenza della funzione alfa (che per Bion (1962) rappresenta la simbolizzazione e la capacità di pensiero), la seconda determinata da un deficit nella relazione tra elementi alfa e capacità rappresentativa della mente (che Ferro descrive metaforicamente come una pellicola di un film impressa ma non organizzata in una trama ordinata) ed infine il terzo tipo di patologia derivata da accumulo di resti traumatici. Le patologie borderline si riferiscono al secondo genere di psicopatologia, ovvero una forma caratterizzata non tanto dalla carenza funzionale alfa quanto piuttosto dal suo utilizzo e, come afferma Ferro (2002), ad un suo conseguente «sentimento di minaccia più che uno di crescita» (2002, p. 4). Nella prospettiva di un'epoca trasformata dall'esigenza capitalistica della circolazione impazzita di stimoli-elementi beta denarrativizzati e privi di una testualità simbolica, Ferro colloca gli stati al limite come la concretizzazione clinica della difficoltà trasformativa dell'elemento beta in elemento alfa, ovvero della trasformazione “in immagini visive della pellicola di pensiero” (*ibidem*). Dalla eclissi della funzione simbolica, quello che Recalcati chiama «il grande Altro» (2010, p. 147), scaturisce la clinica non centrata sul conflitto pulsionale ma sul primato incondizionato dell'oggetto: droga, cibo, immagine. Il limite non è soltanto caratteristico, in questo senso, del potere rappresentativo del simbolo, ma della psicoanalisi stessa in quanto «*prassi simbolica*» (2010, p.148, corsivo aggiunto).

Nei seminari del 1979, Gaddini afferma che le cariche aggressive inizialmente volte tutte verso l'esterno, e le cariche libidiche interamente collocate all'interno (Freud, 1937), contribuiscono a determinare un confine di Sé nella duplice funzione di barriera contenente e di difesa dall'esterno. Questo viene definito da Gaddini (1974) «*contrapposizione libidica selettiva*» (1974, p. 332). Da essa si generano due aree, una sensoriale e una istintuale. Nei pazienti borderline, egli sostiene che i bisogni del Sé si impongono su tutta la struttura psichica, per cui distingue tra istintualità del Sé, diretta fuori adirezionalmente e volta al mantenimento dello spazio interno del Sé, e istintualità dell'Io

diretta a un preciso oggetto e volta all'integrazione dello spazio interno con le esigenze spazio-temporali esterne, con la prevalenza delle prime.

Per Bolognini (2019) il limite può essere inteso nella duplice accezione di limite come concetto in sé, a livello teorico e clinico, e di limite/border come termine che ha recentemente identificato una specifica categoria di pazienti.

Il paziente borderline, per Bolognini (2019), si connota per una carenza di esperienze dell'aria intermedia, che propriamente è l'area di scambio che si realizza dal contatto ravvicinato di due persone che si compenetrano fisicamente (bacio, allattamento, accoppiamento) che progressivamente andrà diminuendo con l'aumentare delle capacità del neonato di distaccarsi dall'oggetto materno e di sperimentare l'esplorazione e l'indipendenza. Il "border" è carente in questa prima fase di costruzione del senso di Sé (Bolognini, 2019), ed è questo che lo spinge a cercare ciò che di cui egli è costitutivamente privo nel tentativo reintegrante del proprio percorso costitutivo. Questo può avvenire, secondo Bolognini, alla luce della possibilità che l'analista realizza tramite la propria capacità contenitiva di base, aprendo una via di accesso idonea e non confusiva del confine (border) del proprio Sé, generando una esperienza potenzialmente trasformativa, come sopra visto.

Bolognini distingue nell'area borderline due principali tipi di pazienti: coloro nei quali prevalgono elementi schizoidi, e coloro in cui prevalgono tratti istrionici, caratterizzati da un narcisistico compiacimento delle proprie caratteristiche distruttive nella relazione oggettuale con l'altro.

F. Conrotto (2000), prendendo spunto dalla definizione di "limite" dal dizionario della lingua italiana De Mauro, la quale si connota nei termini di confine, e di zona di transizione, puntualizza la polisemia dei due riferimenti anche rispetto al contesto della paradossalità concettuale nella teoria psicoanalitica in riferimento agli "stati-limite". Essi di riferirebbero a una "specie" di pazienti che sono «al di là della nosografia freudiana» (Fédida, 1999, p. 52), che Lapanche e Pontalis (1976) hanno definito essere "affezioni psicopatologiche situate al limite tra la nevrosi e la psicosi". La definizione di patologia limite come patologia di confine testimonia l'aleatorietà e precarietà della questione dei confini, e dunque solo nell'ottica della seconda topica freudiana si può parlare in modo adeguato di mancanza di definitezza tra i diversi meccanismi di difesa nevrotici e psicotici. Tale vaghezza deriva, per Conrotto, la propria ragion d'essere nell'azione della pulsione di morte e «nel suo rappresentante: il masochismo primario» (2000, p. 176). Napolitano (1996) parla di "falso scientifico" in riferimento alla sindrome borderline, in quanto si tratterebbe «di patologie *al* confine, e non di patologie "*del*" confine» (1996, p. 715).

Green (1995) ne parla sottolineando in esse una certa rigidità delle difese ed un uso massiccio della scissione, scissione che caratterizza la relazione tra processo primario e processo secondario, anziché una loro articolazione all'interno della vita psichica. Green, infatti, come verrà ripreso, opera la concettualizzazione dei "processi terziari" come processi di relazione, i quali integrano i processi primari e i processi secondari, e «ne impediscono la reciproca saturazione» (1995, p. 157). Dunque, i confini, in questa ottica, si delineano, come scrive Conrotto (2000), vere e proprie «zone di elaborazione psichica» (2000, p. 45) con funzioni proprie e specifiche. All'interno degli stati-limite si mostra, al contrario, un deficit costituzionale dell'area transizionale e dello spazio potenziale, perché solo la loro creazione consente di tollerare la perdita dell'oggetto e quindi il riconoscimento che esso è esterno. Si hanno difetti di simbolizzazione che tendono a ricreare l'oggetto nell'ambito dei fenomeni transizionali. Nell'eziologia degli stati limite vi sarebbe dunque il fallimento delle funzioni di contenimento, inteso in senso di rispecchiamento della madre, di *rêverie* come funzione simbolizzante. «Quando l'oggetto di appoggio della significazione risulta essere inadeguato si origina un dirottamento della tensione (derivanti i bisogni autoconservativi) che trovano via di scarica nell'Io-corpo del soggetto» (Conrotto, 2000, p.178).

Di conseguenza, l'insufficiente capacità elaborativa dell'Io corpo rispetto all'ammontare di tensione, genera una emorragia energetica e una frammentazione dell'Io che proietterà le proprie parti nello spazio esterno sotto forma di oggetti-Io dal carattere persecutorio. Al contrario, sostiene Conrotto (2000), essi potranno anche essere annichiliti, con conseguente depressione primaria: in questi casi allora si avrà un disinvestimento pulsionale e l'impossibilità di qualunque investimento come risultato di una «pulsione di morte totalizzante» (Green, 1991, p. 68). All'interno della situazione clinica si avrà un investimento sull'analista anch'esso assimilabile ad un oggetto Io-frammentato, oppure come spazio vuoto, che determina l'instaurarsi della relazione terapeutica negativa e dunque il fallimento della cura.

Conrotto (2000) individua tre elementi per la definizione metapsicologica degli stati-limite a partire dal modello di funzionamento psichico freudiano: in primis, il concetto di "nevrosi attuale", alla cui base vi è un eccesso di eccitamento «non legato e non simbolizzabile» (2000, pp. 37-40, 150-152). Il secondo elemento definitorio è l'introduzione del narcisismo, la quale sposta la teorizzazione del funzionamento psichico dalla nevrosi, quale negativo della perversione, alla perversione, quale negazione della castrazione (Freud, 1910, 1917). Il terzo elemento è l'oggetto che entra a fare parte della vita psichica, con la teorizzazione del narcisismo e delle funzioni di simbolizzazione e rispecchiamento.

Possiamo definire l'esistenza della terza topica o topica interattiva, come alcuni autori hanno fatto (Cahn (2002), Racamier (1993), Dejours, (2004)), anche topica dell'*interpsichico*, all'interno della quale l'interpsichico della coppia analitica ha prevalenza d'interesse sull'intrapsichico del paziente, ove la valenza soggettuale è gravemente carente essendo scissa e proiettata sugli altri individui, e allo stesso tempo ove si verifica una identificazione alienante con le parti degli individui allocate nel soggetto.

Secondo Conrotto (2000), in linea con la visione di Green (2001), una volta distinte le varie psicopatologie sulla base del conflitto pulsione di vita-pulsione di morte, si ha la parallela dicotomia funzione simbolizzante-oggettualizzante e funzione desimbolizzante-disoggettualizzante. Green (2001), infatti, propone la teoria del legame in corrispondenza della prima funzione, come spinta alla rappresentazione ed espressione della pulsione di vita; la teoria dello slegare in corrispondenza della seconda sopracitata funzione, che muove verso l'irrepresentabilità e il disinvestimento, espressione della pulsione di morte. La vita psichica si articola in un equilibrio necessario tra queste due funzioni, che risultano *impastate*, che lavorano insieme «senza esporre il soggetto ad eccessi in un senso o nell'altro» (La Scala, 2017, pp. 88-89).

La distinzione tra le varie forme psicopatologiche non si connota dunque, per la prevalenza d'uso dei meccanismi di difesa, ma al contrario sul grado di simbolizzazione possibile dei significanti sessuali fondamentali individuabili nella triade dei fantasmi originari: castrazione, scena primaria, seduzione. Un elemento unificante, secondo Conrotto (2000), delle differenti concezioni psicopatologiche è la prevalenza della disposizione libidica masochistica, la quale si connota per una prevalenza della funzione disoggettualizzante e desimbolizzante in quanto assetto pulsionale maggiormente compromesso dalla prevalenza di pulsioni di morte e di slegamento. Questo verrà approfondito più avanti, in corrispondenza della teorizzazione di La Scala (2017) di patologie di *disimpasto*. In origine ad essa vi è il fallimento della funzione materna primaria che avrebbe generato una lacerazione dello schermo parastimoli, e quindi la rottura di un confine, di una barriera limitante. In questi casi la difesa tipica, prosegue Conrotto (2000), è l'identificazione con l'aggressore, l'Io si unifica a ciò che viene sentito come esterno oggetto aggressore che, in realtà, altro non è che il prodotto cortocircuitato dell'Es, che, come serbatoio pulsionale, crea un "oggetto" che proviene dall'interno, che è fatto della sua stessa sostanza (allineabile nella teorizzazione kleiniana al Super-Io sadico). Si attiva, dunque, la coazione a ripetere del trauma, e l'ulteriore paradosso della situazione limite che consiste nell'eliminazione del confine.

A livello clinico, in virtù della tendenza all'identificazione con l'aggressore, si ricrea in analisi una reazione terapeutica negativa, che obbliga l'analista a operare un lavoro di simbolizzazione

compensativo del deficit della dimensione simbolizzante e sublimatoria del transfert. Da qui si rende necessaria la definizione di ciò che prima è stato designato “terza topica”, ovvero la topica intersoggettiva della creazione di un apparato psichico all’interno della situazione analitica. A differenza delle situazioni nevrotiche, in cui prevalente è l’emersione di contenuti psichici, nella situazione-limite l’interesse è circa il funzionamento dell’Io e la costituzione di un apparato psichico inquadrate attraverso il prestito e “la messa in comune di alcune funzioni della mente dell’analista” (Green, 1990, p. 76). In altri termini, di integrare le scissioni attraverso un lavoro di simbolizzazione per consentire la sostituzione di preclusione e diniego con la rimozione. Dunque, il punto di arrivo clinico si colloca nella possibilità che ciò che è inizialmente intersoggettivo tra paziente e analista possa diventare intrapsichico nell’analizzando.

Munari (2008), in “*Opere di confine*”, sottolinea il contributo di Guignard (1996) a proposito della scissione quando egli afferma che essa «è un meccanismo mediante il quale il soggetto protegge il suo sentimento soggettivo di coerenza evacuando una parte del suo Io il cui modo di funzionamento pulsionale e i suoi contenuti psichici entrerebbero, senza tale operazione, in un conflitto intollerabile con quelli di un’altra parte dell’Io» (1996, p.1554). Dunque, alla luce del mantenimento di questo «sentimento soggettivo di coerenza», prosegue Guignard, si attua il diniego della minaccia di impoverimento dell’Io, proprio derivata dalla scissione ed evacuazione di sue parti. Afferma Guignard (1996): «È proprio questo vissuto di impoverimento che conduce il soggetto, da una parte a realizzare una neo-realtà inconscia idealizzata- in positivo o in negativo- e d’altra parte per mezzo dell’identificazione proiettiva, ad “aderire” inconsciamente all’oggetto nel quale ha evacuato questa parte intollerabile del suo Io, con i suoi contenuti» (1996, pp. 1554-1555).

Barale (2008), in “*Il fondo instabile dell’esperienza. Clinica e psicopatologia borderline*”, definisce due principali motivi di mal funzionamento del confine: eccessiva indefinizione ed eccessiva rigidità. In psichiatria, le condizioni borderline si caratterizzano per entrambe le condizioni, essendo uno stato di “ossimori”: le due condizioni si trasformano rapidamente l’una nell’altra, creando un inceppo alla permeabilità delle diverse modalità di funzionamento dell’apparato psichico. L’entità per antonomasia di confine, afferma Barale, è l’Io, come riporta da Freud (1922): «l’Io non è nettamente separato dall’Es, ma sconfina verso il basso fino a confluire con esso» (1922, p. 487).

Un altro elemento caratterizzante gli stati borderline è, come visto più volte, l’insufficienza di funzioni di legame. La pressione pulsionale eccede la capacità complessiva di elaborazione dell’apparato psichico. La funzione di legame in quanto tale, *Bindung* (Freud, 1911), limita il flusso di eccitamenti e collega le rappresentazioni tra loro, contribuisce alla formazione di forme e strutture, ed è presupposto di qualunque “confine”. La condizione borderline è l’iperbole della difficoltà del

processo secondario di seguire quello primario: essa sta, afferma Barale (2008), al nostro tempo, la tarda modernità, come l'isteria stava al suo, esprimendo il disagio della modernità (la repressione pulsionale). Il lavoro clinico e analitico, infatti, non riguarda come nelle nevrosi i contenuti di una storia già istituita che possono ripresentarsi nel transfert, non ha a che fare col rimosso e con gli investimenti-disinvestimenti delle reti rappresentazionali da sviscerare per deoccludere vie narrative. Ma piuttosto riguarda la "preistoria" (Green, 2001), le lacerazioni del Sé e il funzionamento dell'Io stesso. Lavoro psichico che l'analista svolge, come ha scritto Conrotto (2008), e come sarà visto nella clinica di Racalbutto (2001), tramite il "prestito" delle sue funzioni simboliche.

Questo pone il discorso in continuità con quanto teorizzato da M. La Scala (2017) circa la "via borderline" come patologia al vertice con cui è possibile osservare le forme di mancato investimento soggettuale e oggettuale (insieme alla *via melanconica*) e come una delle due maggiori espressioni cliniche di *disimpasto* pulsionale tra pulsione di vita e pulsione distruttiva. Le due vie, melanconica e borderline, utilizzate per svincolarsi dalla comune tassonomia psicopatologica, possono mantenersi distinte intrapsichicamente, oppure intrecciarsi: questo è possibile a causa della comune delusione narcisistica primaria all'origine della loro manifestazione, e dal fallimento della sua funzione rispecchiante e simbolizzante (Roussillon, 2014). La *via border* vede un mancato sviluppo soggettuale come esito della costituzione difettuale dello psichico, generato da una intensa polarizzazione. Come visto da Bolognini (2008), si verificherebbero intrusioni dell'area transpsichica per cui «lo spazio intersoggettivo è assai limitato o assente» (2008, p. 76, p. 82). Quando i limiti e le frontiere dell'Io sono in fase di costituzione, e quando l'involucro del Sé nascente non è sufficientemente strutturato e in grado di garantire l'elaborazione psichica (Green, 1991), questi elementi intrusivi possono comportare l'erigersi di una barriera/scissione psichica non solo tra interno ed esterno dell'Io, ma anche tra i suoi spazi interni, isolati e non comunicanti (La Scala, 2012). Dunque, è lecito, per La Scala (2017), parlare di uno spazio psichico infiltrato e scisso dalle barriere psichiche, dunque di una «*topica infiltrante*» (2017, pp. 69-70). La mancanza di sviluppo di un impasto pulsionale può essere connessa alla prevalenza di un nucleo spento, *bianco* (ripreso più avanti con Green), e che priva i soggetti di una solidità di pensiero a causa di una mancanza di simbolizzazione dell'essenza materna. Come si esprime Milazzo (2014) questi pazienti sono "prigionieri di un vuoto reificato e ipostatizzato in forme vuote e annichilenti" (La Scala, 2017, p. 70). La Scala parla di pazienti caratterizzati da un niente di rappresentazione per un oggetto mai raggiunto come integrato: si esprime metaforicamente con l'immagine di una luce che non riproduca ombre, nella totale adesione del soggetto al percettivo e al dominio del sistema P-C. La clinica evidenzierà più avanti, nel corso dell'elaborato, come soltanto alla luce di una immersione nel lavoro in doppio con l'analista potrà essere possibile interrompere la coazione a ripetere che De M'Uzan

(1970) ha definito *ripetizione dell'identico*, passando a forme di ripetizione del *simile* (“*du même*”) ed a una progressiva integrazione delle differenze dell'oggetto. È proprio nelle forme di ripetizione dell'identico che si evidenzia, per Roussillon (2014), una spinta della pulsione di morte come tentativo di eliminazione di ogni legame integrativo e come manifestazione di disimpasto pulsionale. Si definisce così una forma molto rigida di barriera difensiva tra interno ed esterno, buono e cattivo, che ostacola lo sviluppo e la maturazione dell'area transizionale. Per La Scala (2017), tutte le manifestazioni cliniche che si caratterizzano per un disimpasto pulsionale hanno alla base un insufficiente presenza di masochismo erogeno, come espressione di fusione tra pulsione di morte ed Eros, sadismo originario rivolto verso gli oggetti (Freud, 1920).

Il disturbo borderline si configura come la descrizione nosografica concretizzante stati di imprevedibilità, liquefazione dei confini, diffusione identitaria, instabilità. Disagio che si colloca all'opposto di quello generativo dell'isteria: non eccesso ma evanescenza negli organizzatori identitari personali e collettivi, dei sistemi simbolici, dei contenitori collettivi con funzione connettiva. Cesar e Sara Botella (2001) hanno parlato in riferimento alla patologia borderline, di “*impasse memoriale*”: difetto di costituzione della temporalità a causa dell'assenza di un fondamento psichico stabile su cui instaurarla. Barale (2008) afferma che la *Nachtraeglichkeit*, il movimento di rielaborazione continua dell'orizzonte significativo delle singole esistenze, si inceppa in questi pazienti, il tempo borderline è totalmente depauperato essendo inscritto nel qui e ora dell'attimo: appeso alla fugacità del presente nel tentativo di governarne l'instabilità attraverso modalità rigide e primitive, connotatesi come quadri scissionali sé-oggetto e movimenti continui di idealizzazione e persecuzione, che possono definirsi metaforicamente, secondo l'autore, come “prismi rotanti”. In tal senso, il continuo movimento rimanda riflessi mutevoli di aspetti dell'oggetto, di Sé, buoni, cattivi, in caratterizzazioni estremamente mutevoli e precarie, altrettanto intense e ipersature.

Il fondo su cui si instaura tutto ciò è il «vuoto». Tutta la letteratura, dagli anni Sessanta in poi, come visto, si è focalizzata sull'aspetto definitorio di elementi quali: vissuto cronico di vuoto, sentimenti abbandonici che spesso anticipano la perdita in contro-acting aggressivi evitanti l'esperienza frustrante. Tutto questo denota la mancanza di un'esperienza di contenimento, di una “base sicura” (Bowlby, 1988), un difetto di esperienza interna di contenimento che impedisce la modulazione. Da qui emergono le tre *core dimensions* del disturbo borderline: instabilità (affettiva, emozionale, relazionale), impulsività, costante sentimento interno di vuoto. Rimandando alla sua dimensione ossimorica, il vuoto del borderline si connota anche come «troppo pieno», difetto che rimanda ad eccesso, mancanza a urgenza, inezia a eccesso di eccitamento privato di un contenitore che ne attenui la traumaticità. Ossimoro della perenne evanescenza della presenza, e continuità costantemente interrotte giustificano l'atto compensatorio della ricerca di eccitamento tramite l'amplificazione

sensoriale e affettiva, Barale (2008) parla di “vissuto protettivo dello stato emorragico del Sé” e della sensazione dell’impossibilità di sedimentare l’esperienza, a cui dunque si rende necessaria ai fini della memoria l’intensità in sostituzione del ritmo, come attivazione iperbolica destinata al fallimento, data l’importanza dell’armoniosa ripetizione ritmica originaria della funzione integratrice nell’esperienza coesiva di Sé. Questa dinamica assume varie forme comportamentali clinicamente osservabili: l’uso compulsivo di droga, alcol, promiscuità, comportamento auto ed etero aggressivi in una spirale di continua spinta all’amplificazione e alla vitalizzazione fittizia attraverso la novità e l’acutizzazione del piacere.

Questa prospettiva sul piacere si allinea al discorso teorico sostenuto da Recalcati (2010), il quale sottolinea, in prospettiva lacaniana, parlando delle nuove forme del sintomo del Sé ipermoderno, di cui sopra sono stati sommariamente elencati alcuni elementi sintomatologici, la presenza di un godimento contemporaneo come «godimento smarrito» (2010, p.153) della società ipermoderna e di un «rischio di estinzione del soggetto dell’inconscio» (2010, p. 160). Egli afferma come sussista un collasso del soggetto sotto la spinta pulsionale dell’Es che lo schiavizza nell’agito e nella tendenza alla scarica compulsiva. La pulsione non si aggancerebbe al desiderio, e dunque a una possibile rappresentazione-simbolizzazione, ma al contrario si imporrebbe come pura spinta a godere, e in definitiva, sostiene Recalcati (2010), come pulsione di morte. Il soggetto è, come nel caso della dipendenza, schiavo della temporalità bloccata nella ripetizione del godimento senza soddisfazione in quanto non ancorato a una castrazione simbolica, non direzionato, arginato, limitato. Come precedentemente evidenziato, nell’epoca attuale di perdita degli Ideali e più ancora della funzione stessa dell’Ideale, «il godimento ne risulta smarrito, senza centro di gravità» (2010, p. 197). Anche Agostino Racalbutto (2003), autore ripreso più avanti in merito alla clinica con i pazienti al limite, ha dato una definizione del nostro tempo come “*spazio psichico drogato*”, dove drogato significa tossico nel senso di *intossicato*, troppo pieno di oggetti di godimento, in cui sussiste «la realtà percettivo-motoria come controinvestimento rispetto alla realtà psichica interna collassata o pericolosa, ad alto potenziale distruttivo», e dove «l’agito prende il posto del pensato» (2003, pp. 296, 306 e 298). In questo senso vi è un allinearsi di elementi della psicopatologia contemporanea rispetto all’ “agito che surclassa il pensato”, la tendenza alla scarica senza soluzione di continuità o senza elaborazione simbolica possibile, evacuazione che si impone come modalità diffusa di funzionamento. In questo senso vi è più che rimozione, come afferma Recalcati (2010), scissione e dissociazione, come forme verticali di scissioni che denotano una caratterizzazione dello psichico del Sé ipermoderno.

Come si è in precedenza affermato, alla base di questo vi sono l’impasse memoriale e la precarietà del legame psichico. Il tempo ipermoderno, infatti, eliminando le dimensioni dell’esperienza quali ritenzione, memoria, pensiero, che possano permettere una sedimentazione mnemonica e un legame

col passato, genera quanto M. Francesconi (2008) in un suo articolo su *Psiche. Rivista di cultura psicoanalitica* ha definito “mutamento totale” che non “ha più legami con quanto precedeva”, cancellando il passato. In questo senso Bion (1965) ha distinto la metamorfosi dalla trasformazione. Quest’ultima si compone di passaggi che presuppongono un elemento di costanza mantenentesi tra essi, al contrario la prima segnala la cancellazione totale dello stato precedente, e dunque anche l’illusione di un “superamento magico dell’angoscia”.

Il mondo borderline in questo senso non è solo traumatico ma traumatofilico. Esso è attratto da una nostalgia dell’originario traumatico (Bollas, 1989) e dalla sua ripetizione. Freud (1934-1938), in *L’uomo Mosè e la religione monoteistica*, sottolinea come le esperienze traumatiche precoci hanno il poter di determinare un effetto disorganizzatore nella struttura dell’Io: in risposta alla ferita narcisistica, infatti, si associa un danno nella strutturazione e nel funzionamento dell’Io. “In ogni caso permangono alterazioni dell’Io paragonabili a cicatrici” e l’Io può subire una devastazione e una frammentazione o essere sopraffatto «ad opera della parte scissa sin dall’infanzia e dominata dal trauma» (1938, p. 399).

In riferimento a questa affermazione, è possibile considerare, come sostenuto da A. Correale (2007) che quella borderline è «sempre e comunque una vita traumatica» (2007, p. 79), nel senso che essa risulta costantemente pervasa da elementi negativi e frustranti, in particolare di non disponibilità dell’oggetto di riferimento. Tale assenza si concretizza in un senso di irreparabile perdita e di “mancanza di radici”. Tale senso di perdita, per Correale, può condurre comunque allo stabilirsi di un legame: attraverso l’urlo, l’attacco, l’aggressività del soggetto che portano all’acquisizione di un altro senso, spaventoso ma tuttavia diverso dall’annullamento totale. Per Correale (2007) la traumaticità vede la sua origine nell’insieme delle caratteristiche dell’oggetto genitoriale, che, per il borderline, sono la costante conferma del suo rifiuto nei suoi confronti.

N. Lalli (1999) propone, in ulteriore analisi, la visione di Callieri (1994), il quale colloca la patologia borderline su una triade fondamentale costituita da tre elementi. Il primo aspetto riguarda la verità del borderline come una verità «nomade»; il secondo aspetto, la sua fenomenica, la quale è una “fenomenologia esistenziale dell’unico”; il terzo, circa il suo “discorso”, che è un discorso che egli definisce precognitivo, in cui la visione e il desiderio si impostano e alternano in modo disarmonico. Infatti, secondo l’autore, nel borderline vi sarebbe un “arresto psicolinguistico” che porta a una preclusione di visioni alternative, e comporta due aspetti. Il primo, concretizzantesi in un linguaggio approssimativo, il secondo, il discorso che risulta opaco e continuamente sfuggente rispetto ad un argomento centrale. La dimensione espressiva merita di essere analizzata in quanto esemplificante una caratteristica psicodinamica fondamentale del borderline che Lalli (1999) individua essere la

tendenza sempre sfuggente al rapporto, all'altro, che sottintenderebbe un disturbo del pensiero. Searles (1986), in questo senso, aveva sottolineato la presenza di disturbi del pensiero nei suoi pazienti borderline, all'interno dei quali esso non risulterebbe frammentato bensì tangenziale e difettoso, in particolare nella focalizzazione sul problema. Questo sarebbe perfettamente coerente con, in primo luogo, la scissione come meccanismo di difesa prevalente, in secondo luogo, l'intensità emozionale che risulta priva di possibile integrazione nella struttura complessiva del soggetto. Tutte le caratteristiche che delineano in maniera piuttosto precisa il quadro descrittivo borderline (tendenza all'acting out, crisi di rabbia, instabilità umorale, diffusione identitaria, paure abbandoniche, insicurezza relazionale, spiccata suscettibilità e diffidenza) sono collegate per Lalli (1999) a un altro tratto solitamente poco descritto ma per l'autore fondamentale: il vissuto di fondo di aver subito una grave ingiustizia. Il tema dell'ingiustizia subita è tanto più viscerale quanto più vissuto come inatteso, anche se non riconducibile a un episodio preciso, esso emergerebbe per lo più come ipersensibilità al tradimento, o come netta tendenza alla sospettosità, indice dell'inconscio bisogno punitivo nei confronti dell'altro. Il trauma di base non è patognomonicamente del borderline, afferma Lalli (1999), più importante è anzi la modalità di elaborazione del trauma: essa avverrebbe secondo tre dinamiche basilari. La prima, intrapsichica, la scissione: necessaria per gestire la rabbia (che resta non rimossa); la terza, tendenza a far impazzire l'altro, dinamica relazionale espressione della tendenza sadico-vendicativa sopra vista; la seconda, mascheramento, come cerniera concettuale tra le due, evidente nella dimensione di inautenticità del soggetto. Essa, avente come funzione primaria l'occultamento delle parti scisse cattive e ostili, può essere considerata, in ottica imitativa, la costituzione in risposta ad una imprevedibilità dell'affetto degli adulti, oppure come difesa autonomamente costituentesi. Per Lalli, essa si forma con l'emergenza dell'intersoggettività, e in corrispondenza dell'esigenza del bambino di nascondere propri stati affettivi intrinseci di ostilità derivante l'incomprensione circa la possibile corrispondenza di questi stessi stati a quelli dell'altro. Per quanto riguarda la motivazione a far impazzire l'altro, essa si realizza sia come processo proiettivo di parti proprie negative, sia come bisogno vendicativo nei confronti dell'altro. Anche H. Searles (1986) aveva descritto le numerose modalità con cui questo processo può verificarsi, di cui Lalli riporta: in primis, la tendenza a evidenziare continuamente le mancanze dell'altro, il rimprovero di propri aspetti rimossi nell'atteggiamento ipercritico nei confronti dell'altro; in secondo luogo, la negazione dell'identità dell'altro. Fino a quando la scissione la maschera e l'attacco all'altro sono gestite a buon livello, afferma Lalli (1999), il borderline è un "normotico", individuo complessivamente adattato all'esame di realtà, nonostante il vissuto emotivo profondamente disturbato. A sostegno di questo la citazione di Lalli (1993) durante il seminario tenuto sul borderline nel 1993: «Il border può essere rappresentato come un soggetto portatore di maschera. Tra la maschera e il Sé esiste uno iatus da cui derivano le

caratteristiche psicopatologiche» (1993, pp. 69-70). In questo senso è opportuno riportare la teorizzazione di Recalcati (2010) in riferimento alla “clinica della maschera”, la quale si allinea alla precedente visione teorica di binomio maschera-soggetto in cui la maschera assume la funzione sintomatologica su un piano identitario soggettivo, sostituendosi alla metafora “rimozione-ritorno del rimosso” delle configurazioni più propriamente nevrotiche. Il sintomo nevrotico infatti rivela, indirettamente, la verità della maschera, la verità rimossa al di là della maschera con cui il soggetto può ricoprirsì. Il borderline e tutte le forme psicopatologiche contemporanee, invece, mettono in risalto, secondo Recalcati, il carattere *difensivo* dell’utilizzo della maschera: questo si ricollega ai contributi di Winnicott (1971) e Deutsch (1955) della clinica del Falso Sé (e, per la seconda, della personalità “come se”) come sembiante sociale che, in definitiva, agisce annichilendo la soggettività dell’individuo che se ne serve per continuare a esistere, difendendosi dall’angoscia. Dunque, la maschera del Falso Sé aliena il soggetto e al medesimo tempo lo protegge: Winnicott (1971), infatti, descrive come l’eclissi del soggetto e il suo svuotamento dato dall’adozione del Falso Sé sia controbilanciato dallo sviluppo narcisistico dell’Io e dal conseguente rafforzamento della sua identità, che porta il soggetto ad aderire al Falso Sé come se fosse la sua vera identità, e dunque la maschera che finisce per assumere un carattere «controfinalistico»: da difesa dell’angoscia, a causa e minaccia al nucleo del Sé.

Rispetto al riferimento alla personalità «normotica» di Lalli (1999), è di chiara esemplificazione la definizione di Bollas (1989) in *L’ombra dell’oggetto* all’interno della quale opera egli definisce una nuova forma di alienazione psichica del soggetto che sembra “non essere mai nato” che vive «medicandosi con oggetti concreti» (1989, p. 149). Questo si ricollega, come per il Falso Sé prima citato, a una carenza nello sviluppo psichico del bambino, causata dalla compiacenza genitoriale che ne ha escluso l’espressione soggettiva autentica, in esigenza di una normalizzazione sociale.

2.3 Analizzabilità del paziente borderline

Per quanto riguarda la trattabilità della patologia borderline con la psicoanalisi, Barale (2008) ricostruisce la sua evoluzione schematizzandola in tre tempi: il primo tempo, risalente agli anni Sessanta-Settanta, con Kernberg (1975) e Masserman (1972), in cui l’idea prevalente considera la psicoanalisi come il trattamento elettivo nella patologia borderline e ipotizza un legame diretto tra la comprensione dinamica del disturbo e la sua cura, idealizzazione che ancora oggi si ritrova, secondo l’autrice, in Bollas (1989). Un secondo tempo caratterizzato dalla progressiva disillusione dell’idea iniziale, che si caratterizza per la proliferazione di modelli ibridi di derivazione psicoanalitica e altra (tra cui cognitivo-comportamentale), in cui il borderline diventa centro di speculazioni evidence-based generativi di nuovi vari acronimi indicanti la molteplicità di forme di trattamento (TFP, DBT,

IOP, CAT, MACT). Il terzo periodo, dagli anni Novanta ad oggi, infine, si caratterizza per la crescente consapevolezza circa l'eterogeneità del disturbo e di conseguenza della sempre maggior evidenza dell'impossibilità risolutiva di un singolo trattamento su tutte le manifestazioni possibili. Dunque, della necessità di un arco differenziato di alternative di trattamento, come espresso da Gunderson (2000) "ponderato impiego di molteplici prassi", ma anche e soprattutto la sintonizzazione con le dinamiche di fondo della condizione borderline nel rapporto clinico.

In psichiatria, infatti, prima ancora di Grinberg (1983) e Kernberg (1984), emergono le dinamiche borderline per la tipica scissione provocantesi nelle equipe curanti, con la manifestazione di conflitti acuti che riproducono nel controtransfert istituzionale le scissioni del mondo affettivo interno dei pazienti stessi. All'interno dell'equipe, dunque, si distinguono da un lato sintonizzazioni sugli aspetti di sofferenza, con accoglimento empatico di tali istanze, in un polo prevalentemente *materno-rispecchiante*, e, da un altro, la necessità di imporre un ordine rigoroso e regole di astinenza e neutralità, appartenenti a un polo prevalentemente *paterno*. Questo poi, si configura come il nucleo della scissione teorica che si riproporrà tra Kohut e Kernberg. Ancora oggi la cura e la presa in carico di questa tipologia di pazienti pongono in difficoltà le equipe psichiatriche, afferma Barale (2008), in un perenne dilemma tra la necessità di coerenza e la strutturazione di interventi flessibili.

In riferimento a questo si parla della sigla ICE in psichiatria (ad opera della definizione di McGlashan, 2000) per indicare che la cura debba essere *Intermittente, Continua, Eclettica* in un iper-ossimoro sintetizzante la necessità di porsi, rispetto al "prisma rotante" borderline (cfr. Barale, 2008), in un arco di ricezione quanto più ampia possibile di modalità di ancoraggio relazionale e in un atteggiamento eclettico- o dialettico- della mente del terapeuta che introduca elementi di flessibilità, modulazione, capacità di transito (e non di scissione), così tragicamente carenti nell'organizzazione borderline. Sul piano della temporalità, l'ossimoro intermittente-continuo si colloca una continuità sulla lunga durata rispetto al presente ipertrofico borderline. Accosto a ICE si pone il concetto di "*bar nel deserto*" di Bolognini (2005). La metafora vuole riferirsi ai bar delle ricostruzioni cinematografiche americane anni Settanta, all'interno delle quali i protagonisti vagano negli interminabili deserti americani, e di tanto in tanto sostano in un bar, di cui il barista è il personaggio costante di continue vicissitudini e susseguirsi di incontri, risse, soggetti. Il borderline sembra aver bisogno di questo oggetto di passaggio con cui stabilire un contatto intermittente ma costante, non impegnativo né narcisisticamente conflittuale, dimenticabile, con un ruolo stabile seppure nella discontinuità degli incontri. Il barista è qualcuno di "lasciato ritrovato", in questo senso si collega la recente definizione di Karterud (2003), per cui l'elemento chiave dell'evoluzione positiva a lungo termine del trattamento borderline è la disponibilità quotidiana di un luogo di accoglimento e di sedimentazione dell'impulsività.

Per quanto riguarda l'applicazione terapeutica della psicoanalisi al borderline, occorre citare il contributo di J. Masterson (1985) con la sua teorizzazione circa un tipo di intervento che egli definisce «*comunicazione alla pari*» (1997, p. 21, corsivo nel testo). Tale concetto deriva a sua volta da quello di *rifornimento* di Mahler (1975, 1982), ed alla sua descrizione delle espressioni non verbali di sostegno materno agli sforzi di individuazione del figlio durante la fase di esplorazione. Mahler (1975), infatti, descrive la fase della separazione normale, coincidente con il momento in cui il bambino inizia a camminare, e caratterizzantesi per il ritorno alla madre per avere sostegno in fase di conclusione dell'esplorazione dell'ambiente. In questa risposta, che prende il nome, come prima citato, di *rifornimento*, sono condensati due elementi: il primo, esprimere al bambino vicinanza e accettazione; il secondo, fornirgli sostegno e riconoscimento emotivi per lo sviluppo del suo Sé reale.

Dal momento che, come Masterson (1985) fa notare, alla rimozione della depressione che l'autore definisce *abbandonica*, tipica dei pazienti borderline, non consegue l'emersione del Sé reale, devono essere rintracciate ancora precocemente, e precisamente in questo momento, le radici ultime della manifestazione sintomatologica di questa tipologia di pazienti. Si sarebbe verificato, postula Masterson (1985), un arresto evolutivo del sé per cui è conservata una immaturità di fondo, la quale rende a sua volta necessaria la *comunicazione alla pari* del terapeuta, che agisce fornendo un'esperienza di apprendimento "vicariante" tramite una confrontazione. Il paziente interiorizza il terapeuta come una nuova rappresentazione oggettuale positiva, insieme all'atteggiamento positivo e di sostegno espresso dal terapeuta: questa, definita «unità parziale di rapporti oggettuali», fornisce al paziente il sostegno per il superamento della depressione e una difesa contro l'«unità parziale delle relazioni oggettuali rifiutanti». Questo tipo di approccio centrato sulla qualità delle emozioni e delle azioni ricorda un tipo di comunicazione terapeutica "empatica" in senso kohutiano, soprattutto per quel che riguarda l'attenzione e l'importanza dell'alleanza terapeutica al fine di evitare spinte regressive, nell'esigenza di favorire l'emersione del Sé reale a partire da una rispondenza nell'ambiente.

Questo tipo di intervento ha come obiettivo l'analisi della depressione abbandonica presente nei pazienti, e contemporaneamente, l'attivazione e lo sviluppo della espressione di Sé. Questo conduce, per Masterson (1985), all'integrazione di nuove capacità generantesi dal rifornimento del Sé reale emergente. Egli, infatti, rispetto alla sua esperienza terapeutica, afferma: «L'emergere del sé reale precipitava la depressione: il bisogno di difendersi contro la depressione impediva al sé reale di crescere e di appropriarsi delle sue normali capacità. Nella psicoterapia, man mano che la depressione abbandonica veniva elaborata, il sé reale emergeva e lentamente acquisiva le sue capacità insieme alla maturazione delle funzioni dell'Io, delle difese e delle relazioni oggettuali» (1997, p.22).

Per Masterson (1985), nel disturbo borderline di personalità, tutte le capacità del Sé reale (precedentemente definito) sono alterate: i pazienti non riuscirebbero ad utilizzarlo per sostenere le sfide delle realtà in modo assertivo, rivolgendosi piuttosto alla costituzione di un falso Sé difensivo che si compone di due immagini: la prima, quella di un bambino impotente e amato nella sua incapacità di autoaffermarsi; la seconda, quella di un sé inadeguato e cattivo che costringe la madre a ritirarsi. Queste rappresentazioni generano una profonda mancanza di coesione interna nel Sé del bambino e, nello scopo di difenderlo dal dolore e dall'esame di realtà, essendo dotate di una certa rigidità, lo ostacolano nel conformarsi adeguatamente all'ambiente.

A proposito del setting analitico, anche Correale (2007) ha parlato dell'importanza di adottare un approccio empatico, di riconoscimento e accettazione del vissuto del paziente, riferendovi col termine di «impregnazione» (2007, p. 254-255), ovvero di un contesto stabile connotato da regole fisse che sanciscano l'apprendimento indiretto dell'importanza contestuale per un senso di stabilità globale. Oltre a questo primo aspetto, egli aggiunge anche la necessità di un progressivo sviluppo della capacità riflessiva nel paziente. Mentre, infatti, l'impregnazione può dirsi essere una capacità mutuata dall'azione del gruppo, funzione affettiva della totalità delle esperienze in una comunità terapeutica, la funzione riflessiva rappresenta un ambito specifico a cui dedicarsi in un setting prettamente individuale. La terapia collocata su questo duplice registro, collettivo ed individuale, crea un mutuo potenziamento delle due modalità: il collettivo, per Correale (2007), permette una interiorizzazione della figura individuale con maggiore efficacia; e allo stesso tempo la dimensione individuale permette una migliore utilizzazione terapeutica del contesto collettivo.

2.4 Modelli della dinamica familiare e sviluppo del Sé

Negli stati limite troviamo fragilità dell'Io e diffusione di identità nel senso di vero e proprio difetto di integrazione, per Berget (1974) lo stato limite è soprattutto una malattia del narcisismo: la relazione oggettuale di tali soggetti rimane anaclitica, dunque la caratteristica peculiare è la dipendenza dall'altro: la lotta contro la minaccia di perdita affettiva porta a una relazione con gli altri basata sul possesso dell'altro per il soddisfacimento dei propri bisogni e su cui appoggiarsi (*anaclitismo*). Questo connota una relazione d'oggetto fissata a stadi pregenitali, in cui emerge il bisogno narcisistico di utilizzare l'altro-oggetto come «Io ausiliario». Questo deriva dall'esperienza infantile, secondo Gilliéron (1999), di aver vissuto un bisogno di essere amati non appagato, causato da una relazione oggettuale con un oggetto non pienamente capace di rispondere in modo fusionale ai bisogni del bambino («madre sufficientemente buona» di Winnicott).

Per quanto riguarda la relazione oggettuale, vari autori, quali Fairbain (1940), Kernberg (1984) e Gilliéron (1999), evidenziano la compresenza all'interno dell'Io negli stati limite di due registri: il

primo, operante in rapporto dalla realtà, il secondo, collegato a bisogni narcisistici interni. Non si verifica una scissione dell'Io vera e propria, come sottolinea Baldassarre (1999), come nelle configurazioni psicotiche, ma una modalità operativa utilizzata dal soggetto per evitare la minaccia di disintegrazione.

In questo senso è stato descritto da Freud, nel 1938, il nucleo dell'Io non scisso dalla difesa: esso ricorre alla deformazione per l'adattamento sul piano relazionale, di non percezione della minaccia né a livello narcisistico né a livello di perdita oggettuale. La maggior parte degli autori ha concordato inizialmente circa l'origine della patologia borderline collocabile tra i 18 mesi e i 3 anni nella fase di separazione-individuazione: in particolare M. Mahler (1975) ha evidenziato difficoltà nella risoluzione della sottofase di riavvicinamento. Attualmente vi è un riconoscimento crescente della problematicità rispetto alla datazione precisa del disturbo, ma piuttosto l'importanza di riconoscere un processo complesso articolato temporalmente nelle interazioni con un ambiente (in particolare i genitori) determinante per lo sviluppo evolutivo. Per alcuni autori, tra cui Kohut (1971), lo sviluppo del bambino lineare subisce un «blocco» conseguente a una interazione con l'ambiente viziato o patologico, altri autori, come Kernberg (1975), sostengono una interazione fattoriale tra elementi genetici e contributi ambientali.

È possibile dire che nel borderline si ha una specificità di meccanismi difensivi dell'Io che identificano a loro volta una specificità di relazioni oggettuali interiorizzati. Per Kernberg (1984), il nucleo della patologia borderline è in definitiva l'impossibilità di sintesi in un quadro coerente di introiezioni positive e negative di Sé e dell'oggetto. Il bambino non sarebbe, in questo senso, capace di sintetizzare le immagini aggressive ed amorevoli del Sé e dell'Altro, in quanto le immagini buone scatenerrebbero attacchi interni di odio che ne mettono a rischio la sopravvivenza. L'angoscia derivante da questo processo giustifica l'utilizzo della scissione, la quale determina un ulteriore l'indebolimento dell'Io, in conseguenza della costante sottrazione di energia che essa richiede (Pinto, 1999).

Pinto (1999) procede nella sua analisi riportando J. F. Masterson (1997) il quale, in linea con il modello conflittuale di Kernberg (1975), pone all'origine di queste dinamiche un danneggiamento del Sé del bambino nella fase di separazione-individuazione (Mahler, 1975), in particolare dal conflitto che emerge tra la spinta interna naturale del bambino alla separazione e la comunicazione implicita sulla pericolosità di questa da parte della madre, e della sua conseguente interruzione del rifornimento emotivo, di cui il bambino ha inevitabilmente bisogno.

La modalità per affrontare questa dicotomia la si riscontra nell'utilizzo dell'introeiezione di immagini dall'inconscio materno mantenute scisse in ciò che Masterson (1985) definisce «*unità malata di*

relazione oggettuale» e «*unità sana di relazione oggettuale*». Dunque, Kernberg (1984) e Masterson (1985) fanno riferimento a un modello conflittuale che, per Kernberg (1984), ha matrice intrapsichica, per Masterson (1985), assume connotati relazionali, facendo entrambi riferimento alla prospettiva evolutiva Mahleriana e in particolare alla compromissione della sottofase di riavvicinamento nella fase di individuazione-separazione. Si tratterebbe dunque, come sostiene Pinto, di una patologia del legame con l'oggetto: esso, infatti, ha il ruolo fondamentale nel rendere possibile lo sviluppo dell'integrità del Sé e della sua autonomia, da uno stato di completa dipendenza e relativa mancanza di differenziazione.

Gunderson (2010), nella guida clinica "La personalità borderline", sottolinea l'importanza del ruolo patogenetico svolto da un ambiente di crescita disturbato, come riportato anche in Pinto (1999). La sua ricerca si articola principalmente, scrive M. Pinto (1999), su due versanti: il primo, la psicopatologia dei genitori; il secondo, i tratti familiari vulneranti. La descrizione conclusiva dell'autore rispetto alla figura paterna è di una aggressività direttamente agita (figura sadica, ostile, dominante) o, al contrario, di una aggressività intrapsichica annullata mediante l'assenza fisica (figura debole, inconcludente, passiva). La figura materna è collocata sulla stessa dicotomia: madre dominante-controllante oppure passiva-immatura. Per quanto riguarda invece i modelli familiari sono varie le ipotesi fornite, la molteplicità delle quali si sintetizzano in un modello caratterizzato da elevati livelli di invischiamento, ostilità, dipendenza. La famiglia può, in alcuni casi, percepire l'indipendenza come nociva e favorire regressione infantilizzante del bambino; in altri contesti può manifestarsi un utilizzo all'interno della famiglia stessa di meccanismi primitivi di difesa volti al mantenimento della coesione. Rosner (1969) in questo senso parla di bambino come oggetto «*trasferenziale*» nel rapporto tra i coniugi, in quanto oggetto di proiezione di dimensioni positive/negative di uno dei due. Mezza (1970) parla invece di famiglie rifiutanti, collocando all'origine della rabbia distruttiva la certezza della propria inguaribilità in conseguenza dell'abuso subito.

Altri modelli, tra cui N. Montgrain (1999) in "*Limiti e stato limite*", pongono alla genesi psicopatologica una difettualità nelle identificazioni con figure genitoriali forti e quindi carenza di "role modeling". Al di là delle varie analisi tese a rintracciare le cause eziologiche, che individuano elementi potenzialmente concorrenti allo sviluppo di qualsiasi patologia psichiatrica, Masterson (1985) e Kernberg (1984) sottolineano le esperienze esterne come determinanti spinte riparative o ricostruttive ed elevata inibizione funzionale. Tali fattori ambientali e contestuali, al di là della loro traumaticità intrinseca, assumono valenza traumatica nella sensazione di sopraffazione che determinano. Il soggetto si sente del tutto impotente, inglobato nell'angoscia di una lesione così profonda e precoce da segnare profondamente il ciclo evolutivo. Durante il primo anno di vita il

bambino cresce fisicamente (Pinto, 1999) ma non raggiunge la maturazione psichica rispetto alla violenza della mente adulta. Di conseguenza, non opererà una separazione dal seno per giungere a un rapporto totale, ma attuerà una separazione parziale che lo orienta alla ricerca di successivi oggetti anaclitici, come sostiene Bergeret (1974), buoni o cattivi. Dunque, in contrapposizione al senso di identità normotipico conseguente allo sviluppo, si realizza una diffusione di identità caratterizzata dalla sensazione angosciante di vuoto e percezioni contraddittorie sé-altri, che determinano una continua ricerca di continuità nelle interazioni, nei pensieri e nei sentimenti attraverso l'iperdipendenza dagli oggetti reali. Per Pinto (1999), in definitiva, non si rende necessario parlare di sindrome, o di funzionamenti al limite, bensì di modalità *esistenziali* frutto di modelli ripetitivi e fallimentari di rapporti interumani.

2.5 «Psicoanalisi degli stati limite» nel pensiero di André Green (1927-2012)

Con l'opera *Psicoanalisi degli stati limite*, tradotta e pubblicata in Italia nel 1991, A. Green intende operare una sistematizzazione della teoria per superare la clinica rispetto a quelli definiti "casi-limite" o pseudonevrotici di frequente rilevanza nella clinica attuale.

Green (1976) scrive: "Il limite è forse il concetto più fondamentale della psicoanalisi moderna" (1976, p. 125). Egli afferma che un limite da una parte, non è altro che una "linea di demarcazione", un confine, una frontiera che separa due aree, dall'altra esso è anche uno *spazio*, zona comune di intersezione. Inoltre, egli definisce anche il concetto di limite, in psichiatria, come ciò che si avvicina alla follia.

Come sottolineato da Recalcati (2010), André Green (1991) ha situato la problematica relativa alla personalità borderline, o dei casi "al limite", sul piano di una trasformazione storica globale della clinica psicoanalitica che non si esaurirebbe nella semplice istituzione di una nuova categoria diagnostica, bensì in una ridefinizione metapsicologica dell'intera struttura clinica. Green (1991), in altre parole, mette in discussione il modello nevrotico in quanto modello di riferimento dell'impianto teorico classico, contrapposto al modello della perversione. Si parla con Green di un fondo "psicotico" della perversione nella dimensione di un deficit strutturale del soggetto alla simbolizzazione. Il merito di Green è, come sostenuto da Recalcati (2010) e come prima accennato, quello di aver svincolato la categoria dello "stato limite" dalla mera dimensione diagnostica ed averla traslata su un piano epocale-storico della nuova clinica psicoanalitica (questo anche in linea con Kernberg nella sua definizione di *nuova organizzazione strutturale del soggetto*).

Come sottolinea A. Green (1991) in *Psicoanalisi degli stati limite*, il «concetto di limite», utilizzato per contraddistinguere una specifica tipologia di pazienti, «si riferisce a un termine non proprio né

della psichiatria né della psicoanalisi» (1991, p. 89). I casi limite, come egli afferma, si collocano in una vera e propria *terra di nessuno*, per cui occorre operare in senso definitorio al di là di meri elenchi di sintomi o tavole di classificazione. In riferimento all'utilizzo del termine, egli lo considera, come sopra citato, «frontiera mobile e fluttuante, che è tale sia nella normalità che nella patologia. Il limite può essere il concetto fondamentale della psicoanalisi moderna» (*ibidem*).

Egli fa riferimento in primis alla definizione di Laplanche e Pontalis (1976) i quali definiscono stato limite: «termine nato per lo più per designare affezioni psicopatologiche situate a limite tra nevrosi e psicosi, di solito con schizofrenie latenti che presentano una sintomatologia ad andamento nevrotico». Ed ancora rispetto a Moore e Fine (1967) nel *Glossario*: «termine descrittivo che si riferisce a una gamma di stati che presentano contemporaneamente fenomeni psicotici e nevrotici e che non corrispondono in modo soddisfacente né all'una né all'altra delle categorie diagnostiche». Successivamente Green prende in analisi la prospettiva di vari autori, tra cui Kernberg (1975), come contributo della corrente freudiana, per cui il limite più importante riguarda le capacità di integrazione degli introietti e delle caratteristiche positive e negative. Per quanto riguarda Winnicott (1971), con il suo contributo circa ambiente facilitante, preoccupazione materna primaria, *holding*, si ha per Green «uno spostamento di attenzione dall'oggetto interno all'oggetto esterno e sul loro effetto reciproco» (1991, p.100). Egli, la cui opera è in buona parte centrata sui problemi posti da questo tipo di pazienti, ha descritto il fallimento dell'area intermedia per i casi limite e l'impossibilità di creare uno spazio transizionale: in particolare, l'alternazione dei fenomeni transizionali e del destino della simbolizzazione. Winnicott (1971), nello specifico, ha sviluppato una teoria sul baratro (*gap*) e, partendo da essa, l'impossibilità per questi pazienti di creare uno spazio potenziale.

Infine, egli ha utilizzato il paradosso come teoria fondamentale per capire lo psichismo dei casi limite, ed in particolare il fatto che esso sia da «accettare e non da risolvere», oltre alla descrizione clinica dei sentimenti di vuoto, di inutilità, e di “non essere niente” propri di questi pazienti.

Green (1991) parla, a proposito della scissione, dell'esistenza nei casi limite di una scissione radicale, *maggior*e di quella necessaria a garantire una protezione dal sovraccarico di tensione, che contribuisce a deteriorare e infine rendere impossibile un lavoro di rappresentazione, e «da semplice limitazione essa diventa genesi di una paralisi dell'Io per quanto riguarda le funzioni di giudizio» (1991, p.111).

Per Green (1991), negli stati limite non viene raggiunta una autentica posizione edipica, i conflitti di triangolazione non diventano sentimenti ambivalenti (positivo o negativi) verso entrambi i genitori in quota variabile, ma si assiste a una scissione tra il male e il bene, «il persecutore e l'idealizzato un genitore vissuto come totalmente cattivo e l'altro come totalmente buono» (1991, p. 117). Situazione

che viene definita come *bi-triangolazione*, cioè una triangolazione come relazione tra «due oggetti che sono simmetricamente opposti, e che in realtà sono un oggetto solo» (*ibidem*).

Circa questo punto, per Green (1991) non si può parlare di scissione non riferendosi al concetto di confusione: essa, infatti, viene utilizzata primariamente dal bambino di fronte all'atteggiamento duplice dell'oggetto: il seno «vuoto» (assenza di fusione con la madre), o l'eccesso di fusione con la madre che si protrae oltre i primi mesi impedendo la crescita. È importante comprendere il processo di scissione e le differenze che presenta rispetto alla rimozione: quest'ultima, infatti, il ritorno del rimosso è simbolizzato e rimanda a rappresentazioni formate, l'energia psichica è legata, e questi legami non sono distrutti bensì trasformati. Nella scissione, al contrario, i legami originari tra i termini della relazione sono distrutti e non è possibile se non con grande sforzo immaginativo ricostruirne la natura. La natura dei due processi determina che, nel caso di ritorno del rimosso, si generi un segnale di angoscia, nel caso di ritorno di elementi scissi, afferma Green, quello che si è più assimilabile alla *Hilflosigkeit* (Freud, 1925) alla disperazione senza nome (Bion, 1962), all'annichilimento (Klein, 1946), definitiva, a sentimenti di grave minaccia. La tesi a questo punto esposta da Green (1991) è che la scissione dei casi-limite si differenzia e dalla fin qui descritta rimozione, per la mancanza di processi di simbolizzazione, e dalla scissione psicotica. In questo particolare caso, afferma Green (1991), la scissione porta a una frammentazione in oggetti parziali, al contrario nella scissione dei casi-limite si avrebbe sia tra mondo esterno e mondo interno, sia all'interno della sfera psichica stessa, nella teoria del "doppio limite". In conseguenza del primo tipo di scissione, si ha una variabilità dei confini dell'Io, confini-barriera contro la più grave forma di disintegrazione: si tratta di una limitazione instabile che non riesce a proteggere un Io vulnerabile privo di coesione. Egli, infatti, definisce i processi di scissione che definiscono i confini dell'Io come non costituenti una vera e propria barriera protettiva: «Le frontiere dell'Io si presentano come molto precarie e la scissione le segue nei loro movimenti [...] alternando espansione e contrazione, che altro non sono se non una modalità reattiva all'angoscia di separazione (perdita) e /o all'angoscia di intrusione (implosione)» (1991, p. 114).

Nel secondo caso, si ha la scissione *all'interno* dello psichico e in conseguenza ad essa la creazione di nuclei isolati non comunicanti, che giustificano l'Io privo di coesione e coerenza sopra nominato. L'assenza di coesione produce a sua volta, un sentimento di disinteresse e distacco, la privazione di vitalità dell'esistere, «l'impressione di futilità di tutto ciò che dà valore alla vita» (1991, p.115). Queste sono manifestazioni della globale sensazione di vuoto del soggetto, che Green associa alla *depressione primaria*, altro meccanismo di difesa presente nel caso-limite, che egli delinea come disinvestimento psichico radicale da cui origina il vuoto piuttosto che il dolore o la sofferenza, un disinvestimento dell'apparato psichico che impossibilita l'individuo a pensare, e che genera quella

che egli definisce «*psychose blanche*». La depressione primaria porta «a un re-investimento anarchico da parte delle pulsioni (prevalenza distruttive), che induce una scissione ancora più forte e/o sentimenti di non esistenza, di irrealtà dell'io e delle relazioni oggettuali» (1991, p.116). Come sottolineato da Balsamo (2019), per Green è il fallimento della realizzazione allucinatoria del desiderio nell'assenza della madre, prerogativa dell'istituzione della terzietà, a generare l'interiorizzazione del negativo. Solo quando la madre non c'è: è questo il punto temporale che concede al bambino di interrogarsi su dove e con chi si trova la madre quando non è con sé; il deficit in questo passaggio, e nel suo superamento, determinerebbe, per Green, la tendenza a organizzare il proprio mondo psichico in una modalità che evade il principio di piacere, rifiutandolo, in una successione di movimenti negativizzanti e disoggettualizzanti che producono “*buchi*” psichici di disinvestimento che, a loro volta, costringono a modifiche il setting stesso della tecnica psicoanalitica. Dalla presenza di originarie modalità fallimentari di rapporto con l'oggetto primario, connotate da rotture e discontinuità, si generano disinvestimenti nel presente della relazione e dell'incontro del soggetto, nel suo tentativo duplice di difendersi dal vuoto e di crearlo. Questi elementi permettono di cogliere l'essenza delle dimensioni caratterizzanti la “desertificazione psichica” (Donnet, 2002) attuale, il ritiro psichico globale dalla possibilità di esistere, che portano Green (1993) a individuare le caratteristiche di questa “morte” psichica all'interno del setting classico: il forte investimento sul percettivo, attenzione spasmodica alla presenza dell'analista e alla sua attenzione non potendo tollerarne l'assenza (cfr. Balsamo, 2019). La Scala (2017) evidenzia come, quanto più il processo di elaborazione assenza-perdita è compromesso, tanto più esso andrà a costituire un nucleo di incistamento del dolore e prendere le forme di depressione primaria, come prima detto, connotata da un radicale disinvestimento. Tale disinvestimento può verificarsi a seguito, appunto, della delusione data nella fase di narcisismo primario, e può costituire ciò che Green (1993) definisce “*complesso della madre morta*”. Esso non è in conseguenza dell'assenza della madre, bensì origina dalla perdita oggettuale come rifornimento di amore, e questo, in definitiva, può avvenire anche in *presenza* della madre. «Il tratto essenziale di questa depressione è che essa si determina in presenza dell'oggetto, lui stesso assorbito in un lutto. La madre per una ragione o per l'altra si è depressa» (1993, p. 274). I “*buchi*” di cui prima accennato, emergerebbero in corrispondenza delle difese attuate dal bambino in riparazione della madre in lutto, in particolare un disinvestimento della madre reale e una «identificazione inconscia con la madre morta» (1993, p. 276). Il disinvestimento si rivolge specificatamente agli affetti, e pertanto l'oggetto risulta privo della componente di odio (la cui presenza, al contrario, lo renderebbe vivo), per cui nessuna distruttività coinvolge più la madre. Per concludere, l'identificazione narcisistica con la madre morta ha come conseguenza un corpo estraneo

incorporato che occupa uno spazio dell'Io (La Scala, 2012); come si esprime Green: «Insomma gli oggetti restano sempre ai limiti dell'Io, né totalmente fuori, né totalmente dentro» (1993, p. 279).

Green (1993) prosegue delineando l'esistenza di due aree limite dello spazio psichico: la prima, quella tra inconscio e preconcio/conscio, la cui creazione è il sogno; la seconda, area intermedia tra dentro e fuori, la cui conseguenza è lo spazio del gioco descritto da Winnicott (1971) come "spazio potenziale". Green arriva, sulla base di questi due concetti, a definire il caso limite come «*incapacità funzionale di creare dei derivati dello spazio potenziale; invece dei fenomeni transizionali, essi creano sintomi che ne assolvono la funzione*» (1993, p. 280). Questo non significa, però, che i soggetti non siano in grado di creare degli oggetti o fenomeni transizionali, come testimoniano numerosi casi di artisti casi-limite, quanto piuttosto che essi non assumono per loro un valore funzionale, a prescindere dal significato che possono avere per gli altri. Questo si evidenzia soprattutto nell'interpretazione improduttiva dei sogni di questi pazienti, tanto più fallimentare nell'ottica di una funzione evacuativa piuttosto che simbolica che questi rivestono. In questi casi, infatti, si può parlare per Green (1993) di concretizzazione e non di condensazione, rispetto al ruolo di esternalizzare questi "agglomerati" psichici (Bion, 1965). Rispetto all'oggetto transizionale, Winnicott (1971) lo ha definito concettualmente come "sì e no": esso è e non è, allo stesso tempo, il seno della madre. Per Green (1993) potremmo definire rispetto a questo concetto il paradosso "né sì né no" per i casi limite: essi non esprimono un rifiuto positivo in senso di coesistenza di entrambe le scelte (Winnicott: *sì e no, è e allo stesso tempo non è*), ma un rifiuto negativo, una non scelta (*né sì né no*). Per uscire dall'impasse egli considera il concetto lacaniano di assenza, differenziata dalla perdita, come condizione intermedia tra questa e la presenza: occorre ed è necessario tollerarla e differenziarla dalla perdita per permettere immaginazione e pensiero. Questo si ricollega per Green (1993) al concetto di Winnicott (1971) di *stare soli in presenza della madre* e, ancora, alla bioniana *capacità negativa* e alla funzione dei processi terziari (intermediari tra primari e secondari, come meccanismi congiuntivi e disgiuntivi di legami). Essi servirebbero, per Green (1993), a contrastare la necessità della scissione e il suo conseguente annichilimento psichico e di tendenza allo slegame, nella conquista di una memoria individuale come preconditione affinché, come si esprime Balsamo (2019) «l'assenza diventi rappresentazione di un'attesa non invalidante» (2019, p. 102) e possa darsi l'inizio di una pensabilità.

Nelle strutture non nevrotiche Green (1991) sottolinea l'instaurarsi di un «doppio limite». In tali strutture il rapporto con la realtà è volto al mantenimento di un legame con l'oggetto, sempre minacciato dalla distruzione. In questi casi l'oggetto è vissuto frequentemente come cattivo o ostile, dal quale occorre difendersi, «l'attacco è sempre vissuto proveniente dall'esterno» (1991, p. 257). L'esistenza dell'identificazione proiettiva, meccanismo di difesa massivamente usato, si scontra con

questa interpretazione dell'oggetto, in quanto costringerebbe a valutare il proprio contributo ad una realtà esterna della quale egli si ritiene vittima. La capacità, afferma Green (1991), di questi pazienti nell'identificare le dinamiche controtransferali, conferma la necessità di consolidamento di difese narcisistiche contro un esterno ostile. Il confine fuori-dentro, in questo caso, serve a occultare i conflitti che si collocano all'interno. Questi conflitti riappaiono nel momento in cui, rispetto all'assenza dell'oggetto, prevale la dimensione di angoscia distruttiva per la quale si richiede la verifica della presenza dell'oggetto e della sua esistenza. Il vissuto depressivo della potenziale perdita annichilisce ogni possibilità di pensiero. Questo si manifesta in analisi con una sequenza associativa confusa e priva di correlazione, per cui sia ha la situazione paradossa di instaurare, da una parte, una relazione fusionale con l'analista per cui egli comprende il comunicato senza la mediazione dell'intelligibilità; dall'altro, al contrario, la relazione fusionale con l'analista si caratterizza per la non comunicabilità di alcun contenuto. Il pensiero, in questo caso, non si riferisce a una realizzazione del desiderio ma all'impossibilità di esso di essere pensato da un altro. L'idea centrale di contenitore di Bion (1962) è accettabile per il caso-limite, secondo Green, solo nella misura in cui esso si adatta perfettamente al contenuto del paziente, nella realizzazione idealistica di aver fatto dell'altro un *altro sé stesso*.

La condizione di separazione non è maggiormente tollerabile di quella di intrusione: il silenzio dell'analista, infatti, suscita una maggiore richiestività nell'ingiunzione "Dica qualcosa!", in una oscillazione tra la prova dell'esistenza del legame, e la messa in discussione costante di esso nell'oscillazione tra vicinanza e allontanamento. Il pensiero in analisi esige questa flessibilità tra la separazione dal corpo e la costante fusione con esso. Il corpo non è, con questi pazienti, collocato sulla contemporaneità di presenza-assenza, bensì, o escluso, o angosciosamente troppo presente. Scrive Green (1991): «L'angoscia del corpo è confusa con l'oggetto. È avvertita come se provenisse dall'analista, dal suo corpo-pensiero, che ci si sente costretti, allo stesso tempo, ad annichilire e a subire in un rapporto che annichilisce» (1991, p. 259). L'impegno di questi pazienti è volto alla definizione continua di un limite tramite l'espulsione dell'oggetto, per questo la proiezione è difficilmente rintracciabile. Il limite fa prevalere l'interno, come afferma Green, che è difettoso nella sua funzione di controinvestimento e che perciò determina una regressione ai processi primari da quelli secondari. Per cui la logica si colloca sull'instaurazione di un «doppio limite» che Green (1991) definisce così: «[...] fra il dentro e il fuori, da una parte, e fra le due parti separate che dividono il dentro (limite dei sistemi conscio-preconscio e inconscio) dall'altra. È così che potrebbero essere riunificati i due grandi settori della psicologia: psicosi e nevrosi, con tutto lo spazio attribuito alle strutture che non sono né nevrotiche né psicotiche» (1991, p. 260).

Per quanto riguarda la ricapitolazione teorica in riferimento alle possibilità terapeutiche, Green auspica con tali pazienti il mantenimento di un «divano in latenza» come modalità di costruzione della simbolizzazione da parte dell'analista, come luogo in cui la parola potrà nascere scevra dalla sua persecutorietà. Ovvero il passaggio, come si esprime Green (1991), da un modello di setting sogno-interpretabilità a un modello caratterizzato dal *fallimento* del setting interpretativo qualora la dinamica associativa sia fortemente temuta. Si tratta di costruire le condizioni affinché si possa giungere a una possibilità rappresentativa nel senso di co-costruzione (come si esprime Balsamo, 2019) dei processi mentali inconsci, dato il carattere angosciante ed anzi, l'antiterapeuticità, della libera associazione nel caso dei pazienti al limite. L'incapacità di interiorizzazione dell'oggetto rende necessario l'abbozzo da parte dell'analista di tracce di legame, in modo che il paziente ne forgi la propria forma di contatto. Green (1991) Sottolinea l'importanza del lavoro analitico della coppia, della co-costruzione del campo analitico (*Widlocher*) per contrastare la negativizzazione del Sé non come rimozione ma come negazione dell'Essere, nello slegamento dei rapporti con l'oggetto e la dissoluzione di Eros.

Capitolo 3

Il Sé e il corpo

In questo capitolo verrà presa in considerazione la questione relativa al corpo, in quanto punto nodale di qualsiasi percorso psicoanalitico, come espresso da E. Gaddini (1987): “La psicoanalisi considera il corpo e la mente sotto l'aspetto di un continuum funzionale, l'elemento chiave del quale rimane quello di un processo, nella differenziazione della funzione mentale, la cui direzione è dal corpo alla mente, ma che la psicoanalisi studia nella direzione dalla mente al corpo” (1987, p. 470). Il corpo è un elemento chiave nella comprensione di un quadro psichico deficitario in termini di simbolizzazione e capacità rappresentazione, in quanto tramite sostitutivo e, in parte, elaborativo della sofferenza psichica.

Attraverso il contributo di A. Lemma (2015) è possibile mettere in evidenza come sia necessario, soprattutto con pazienti in difficoltà a proposito della costruzione di rappresentazioni mentali della propria esperienza, approfondire anche la dimensione somatica del controtransfert dell'analista per la comprensione di un corpo che, come l'autrice afferma, “parla sempre” (2015, p. 17). Questo aspetto è colto nella sua importanza da H. Rey (1994) che ricorda come in «ogni analisi sia necessario arrivare al Sé corporeo se si vuole raggiungere un cambiamento profondo e duraturo» (1994, p. 267).

Freud (1923) considera il corpo nella sua duplice esistenza *biologica e libidica*, in linea con quanto anticipato da Schopenhauer nella sua distinzione tra corpo-rappresentazione e corpo-volontà, la quale trova riscontro nella corrente husserliana e post-husserliana di corpo come inscindibile dall'intenzionalità che lo anima. Inoltre, Freud (1922) definisce l'Io essenzialmente come «un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale ma anche la proiezione di una superficie» (1922, p. 488). Aggiunge anche in una nota del 1927: «L'Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. Esso può dunque venir considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo» (1927, p. 488-489). Freud ha così teorizzato l'idea che il Sé corporeo costituisca il contenitore e la base del senso di Sé (Winnicott, 1966, 1970).

Al contrario dell'isteria, in cui il sintomo esita dalla conversione nel corpo dell'angoscia, ed è per questo un sintomo-simbolo, una simbologia ermeneutica del corpo, nelle forme contemporanee di psicopatologia vi sarebbe, per Recalcati (2010), un *rifiuto* del corpo.

I corpi “martoriati” dell'anoressia e della bulimia, modificati in modo sempre più invasivo e precoce dalla chirurgia estetica, ricoperti di tagli nel caso dei *cutters*, sconvolti dalle droghe, sono per Recalcati (2010) manifestazioni più o meno simili di una angoscia dell'ipermodernità, della “mancanza della mancanza”, che evidenziano un sostanziale tentativo nichilistico di annientamento ed una chiusura autotrofica su sé stesso. Anche la crescente esigenza culturale di ricorrere a immagini e parole tatuate sul corpo o inserzioni di elementi metallici, per La Scala (2017), costituiscono fenomeni di rilievo per l'analisi del processo di interiorizzazione concreta dell'Io pelle come acquisizione astratta dell'identità. Il corpo fornisce in questo senso “un ancora alla realtà” (Lemma, 2015, p. 19), esso è l'impressione concreta della realtà della differenza e dell'insufficienza di cui occorre farsi carico, derivata dall'idea di qualcos'altro che ci ha messo al mondo. Il corpo è in questo senso anche un “legame temporale” e le modificazioni estensive di esso, così radicalmente diffuse nella cultura contemporanea, possono compromettere il legame di continuità con il “corpo dato”. Essi costituiscono quei “fenomeni di confine” (La Scala, 2017) di una esperienza dell'area limite come spazio vivo e rappresentabile, come schermo-pelle transito dal reale al simbolico per la soggettivazione propria di una entità tra il dentro e il fuori della psiche, tra la passività e l'attività di crearsi.

3.1 *Il Sé corporeo*

E. Gaddini (1980) approfondisce il continuum psicoanalitico mente-corpo, dando un'idea circa la sua complessità. Egli pone in evidenza due concetti chiave: il primo, il funzionamento mentale, in quanto determinato dal funzionamento corporeo, ne risulta influenzato e, in quanto capace di influenzare il funzionamento corporeo, può a sua volta determinarlo; il secondo è che il cervello inserito nella

scatola cranica non coincide con la mente: essa è collocata dovunque nel corpo. Nel processo di crescita individuale, lo sviluppo della mente porta a una emergenza dal corpo, con la progressiva acquisizione di un Sé corporeo.

Lo spazio originario, fortemente improntato al funzionamento corporeo, da una prima totalità del Sé, ed è uno spazio in espansione. Come puntualizza Gaddini (1980), prima di giungere a una conoscenza del mondo esterno, l'apparato mentale svolge un apprendimento, definito «*focale*», del proprio funzionamento corporeo. La memoria potrebbe essere un punto centrale nel passaggio dal funzionamento fisiologico a quello mentale, e Gaddini (1980) ipotizza possa essere collocato in un certo momento della vita intrauterina del feto. Al momento della nascita si verifica un'implementazione della differenziazione del funzionamento mentale, anche se l'assoggettamento della mente al corpo continua fino al secondo mese di vita post-natale. Gaddini (1980) descrive, in particolare, il processo di ruminazione o *mericismo*. Esso si colloca all'interno della prospettiva per cui, all'inizio della vita, tutto ciò che entra in contatto col corpo non rappresenta altro che il suo limite, ciò che viene percepito è la modificazione del proprio corpo in corrispondenza dello stimolo, ed è ciò che entra a far parte dell'apprendimento fisiologico di cui sopra. «Il modello mentale della imitazione primitiva, parallelo di questo modello biologico (“imitare per percepire”) è “imitare per essere” (Gaddini, 1969), e serve all'organismo infantile per “essere” ciò di cui manca» (1980, p. 477). Il bambino mericista “imita” in questo senso primitivo, l'esperienza funzionale alimentare tramite il vomito reiterato e poi ingerito, “alimentandosi da sé”, fino a riprodurre l'esperienza della pienezza. In questo senso, quando l'esperienza corporea e fisica è venuta a mancare, è conservata nella memoria. Attraverso la memoria del comportamento fisico possono originarsi i modelli funzionali corporei, per cui essi assumono una qualità “mentale”. Il progressivo apprendimento focale, ovvero focalizzato su specifiche funzioni corporee, in virtù della loro ripetitività, permette di giungere a ciò che Gaddini definisce “stadio di non-integrazione”, che corrisponde ad una *assimilazione*, cioè ad un rapporto con l'ambiente che esclude il riconoscimento della realtà come oggettiva. Esso è un primo stadio organizzativo e funzionale della mente. Molto più tardi, si avrà la creazione autonoma di un oggetto transizionale (Winnicott, 1971), ed è un «fatto di grande rilievo, a questo punto dello sviluppo mentale, che l'oggetto transizionale non sia una parte del proprio corpo o materno, non distinguibile dal proprio, ma un oggetto inanimato» (1971, p. 482). Implicito in questo passaggio è il riconoscimento oggettivo del proprio corpo e della separazione che interrompe il Sé onnipotente: nell'espressione di Bion (1962), è la “catastrofe”. La descrizione del mericismo, la più precoce tra le sindromi psicofisiche, è espressiva per Gaddini (1980) della prima forma difensiva, averbale, presimbolica, della mente rispetto alla differenziazione dall'esterno. Quello che è importante e funzionale sottolineare è proprio che l'esperienza della catastrofe, del riconoscimento dei propri

limiti, può spingere il Sé autonomo, depauperato, a restaurare il funzionamento dell'assimilazione tipico dello stadio di non-integrazione, e che questo funzionamento difensivo può permanere come funzionamento di base individuale anche nella vita adulta. Qui Gaddini non vuole riferirsi al fatto che ogni stadio dello sviluppo mentale, per quanto antecedente agli sviluppi più prossimi, continui a permanere parzialmente come funzionamento mentale della vita adulta; ma al fatto che uno stadio venga attivamente promosso come organizzazione di difesa in modo da assicurare la sopravvivenza del Sé distaccato che altrimenti si perderebbe per sempre. Essa funziona a scapito del rapporto oggettuale. Il funzionamento che viene riattualizzato di assimilazione-estensione porta a definire un confine del Sé sempre mutevole, indefinito e mancante. Il bisogno oggettivo dell'altro, al contempo, si colloca nello stesso registro inderogabile del bisogno originario, e non conduce mai al riconoscimento dell'altro da Sé oggettivamente separato. Il meccanismo psichico che sta originariamente alla base dell'assimilazione-estensione è l'imitazione (Gaddini, 1969). Le imitazioni stanno in luogo delle identificazioni, e favoriscono l'apprendimento rapido: sono tipiche delle persone che sentono di recitare, di "sembrare di essere" ma che in realtà non sono, che hanno bisogno continuo dell'altro per avere un senso di Sé. Ma ancora prima, stanno in luogo dell'introiezione: l'organizzazione difensiva della non-integrazione, infatti, non dà luogo alla capacità di interiorizzare in modo strutturante. Le manifestazioni cliniche in età adulta, come espresso da Gaddini (1980), sono varie, sia nell'ordine del prevalentemente psicofisico che nell'ordine del mentale. Per esempio, nel primo caso le manifestazioni bulimiche, o all'antitesi anoressiche, l'incorporazione alimentare sta nel linguaggio concreto (pre-simbolico) del corpo come l'introiezione sta al funzionamento mentale, come salvaguardia dall'esperienza catastrofica di perdita di Sé. L'angoscia di perdita di Sé porta invece, per quanto riguarda il registro mentale, all'organizzazione di altre difese più efficienti stabilmente organizzate per ridurre il grado di sofferenza della mente. Per esempio, Gaddini annovera le difese psicofisiche come sindromi molto più vicine all'angoscia di perdita di Sé di quanto non lo sia la difesa di non integrazione. L'importanza delle prime relazioni nella costituzione del Sé corporeo è stata espressa da Winnicott (1945) nella teorizzazione della "corporeizzazione" cioè di come ognuno abbia un corpo in cui diventa sé stesso: «Altrettanto importante dell'integrazione è lo sviluppo del sentimento che si ha della propria persona nel proprio corpo. Ancora una volta, sono l'esperienza istintuale e le esperienze pacifiche, ripetute, delle cure prodigate al corpo che stabiliscono gradualmente ciò che si può chiamare una personalizzazione soddisfacente» (1945, pp. 181-182).

Dunque, le prime esperienze con gli oggetti primari costituiscono il nucleo del Sé corporeo, e questi ricordi vanno a costituire quello che è stato anche definito in termini di "schemi emotivi" (Bucci, 2008), come comunicazioni sub-simboliche incarnate derivate dalla rappresentazione di altri che convalidano o respingono il Sé corporeo del bambino. Questo si collega anche al contributo di Ferrari

(2004) circa il contributo delle relazioni oggettuali nella costituzione della mente: in particolare, l'inizio del funzionamento mentale coinciderebbe con la registrazione delle prime impressioni sensoriali e dunque l'Io primordiale sarebbe primariamente legato alla propria dimensione corporea. In questo senso l'autore parla di corpo come "oggetto originario concreto" (OOC) (Ferrari, 2004). Ne dà la seguente definizione: «è un oggetto perché esiste [...] non è il risultato di uno sviluppo (di un processo, per esempio, di introiezione-proiezione), ma è il bambino stesso [...] è concreto perché la sua qualità primaria è la fisicità. La fisicità consiste nel fatto di essere un uomo o una donna, e anzi, di essere quell'uomo e quella donna con quello specifico e istintivo investimento libidico e con la dotazione di un apparato corporeo» (2004, p. 48). L'esperienza sensoriale per essere pensata deve essere contenuta, e dunque qui si vede per Ferrari (2004), l'importanza della madre per il passaggio da uno "stadio biologico" a uno "stadio psichico" (Resnik, 2005, p. 53) del corpo. Come affermato da Green (1998): «è opportuno tracciare una distinzione tra eventi psichici, che devono essere compresi nel loro essere radicati nel corpo, pensieri senza un pensatore, che non in una posizione intermedia tra questa attività- psichica primitiva e, infine, il pensiero, che deve essere invece pensato da un pensatore per poter poi essere comunicato ad un altro pensatore» (1998, p. 652).

Anche Bion (1967) aveva considerato i dati sensoriali come il punto di partenza per la costituzione del pensiero, il dolore primitivo era per Bion immagazzinato sotto forma di stato "protomentale". Per Tustin (1981) essendo le prime esperienze sensoriali riconducibili a sensazioni di caldo/freddo, secco/umido, è possibile parlare di fase "autosensoriale". Ogden (1989), in linea con Tustin, propone una posizione "contiguo-autistica" come primo livello pre-verbale e sensoriale di esperienza. L'utilizzo del termine "posizione" lo pone in continuità teorica con la visione di Klein di *organizzazione* psichica, che per Ogden precederebbe quella depressiva e schizo-paranoide ma che può al contempo co-esistere in modo dialettico con esse. Essa si connota per il dominio prevalente della sensazione: l'esperienza più rudimentale del Sé è quella di collocarsi in continuità corporea con la figura materna, tale continuità protegge il bambino dalla disgregazione fisica e psichica. Come afferma Lemma in proposito: il modo in cui avviene l'esperienza del nostro corpo «è influenzata dai significati e dalle fantasie degli altri, perciò il nostro corpo racconta la storia di molte generazioni» (2015, p. 23).

L'attenzione che può essere posta al corpo rimanda ad una dimensione, come visto, presimbolica e come essa venga codificata e trasmessa agli altri. Da un punto di vista clinico, essa si collega a un possibile lavoro con pazienti deficitari nella mentalizzazione dell'esperienza (Lemma, 2015). In particolare, Fonagy e Target (2007) hanno proposto la teorizzazione della "mente incarnata" come quell'insieme di rappresentazioni derivanti le prime esperienze sensomotorie ed emotive con l'oggetto primario. In particolare, l'astrazione deriva da una progressiva capacità di riempire di

significato queste rappresentazioni primarie, tramite il collegamento metaforico tra idee astratte e immagini mentali incorporate nell'esperienza fisica. Queste considerazioni sono particolarmente rilevanti anche per quanto riguarda la comunicazione e il linguaggio gestuale, "pre-verbale", incarnato dal bambino e dal genitore, e, per esteso, tra paziente e analista. Durante gli scambi pre-verbali, ciò che avviene è una esperienza cinestetica priva di consapevolezza di un modo interno del bambino che, se compreso dal genitore, costituisce la base per lo sviluppo della capacità di mentalizzazione. La capacità, in particolare, del genitore di elaborare implicitamente a partire dalle comunicazioni cinestetiche del bambino, le sue necessità e i suoi stati mentali ed adattare i propri di conseguenza, prende il nome, per Shai e Fonagy (2013), di *mentalizzazione incarnata del genitore* (PEM). Questo concetto è importante soprattutto per il collegamento che viene istituito tra l'essere-in-un-corpo e la mente di un altro che incoraggi la capacità di mentalizzare l'esperienza corporea (cfr. Lemma, 2015).

Se collocati all'interno della situazione analitica simili esperienze, definite anche "stati corporei della mente" del paziente (Wyre, 1997), costituiscono ciò che il paziente comunica attraverso il proprio corpo, esperienze corporee che hanno bisogno di divenire "pensieri con un pensatore" (Bion, 1967). Nel processo di ricezione nel proprio corpo da parte dell'analista, è implicata la soggettività propria dello stesso. Per Lemma (2015) il corpo «porta sempre le tracce di un altro» (p. 35): questo implica che il corpo è la sede dove "incontriamo l'altro", dove avviene la negoziazione del significato di identità e differenza, dipendenza e separazione. Le forme presimboliche di comunicazione del paziente implicano la necessità di una "accettazione sensoriale" (cfr. Lombardi e Pola, 2010) da parte dell'analista rispetto alle proiezioni del paziente stesso, come requisito precedente ad ogni possibile utilità dell'assetto interpretativo. Questa modalità di lavoro implica un accoglimento di quelle che Ferro (2003) ha definito proto-emozioni. La progressiva inclusione delle patologie affrontate oggi dagli psicoanalisti, interroga, come fa notare Lemma (2015), circa la possibilità di cambiamento analitico come possibile adattamento che permetta ad alcuni pazienti disturbati di gestire l'analisi.

Spostandosi a questo punto sulla clinica di J. McDougall (1990), la quale si è interessata alle manifestazioni somatizzanti nel corso della sua clinica psicoanalitica, è possibile approfondire psicoanaliticamente i segni del soma come statuto di oggetto per la psiche. L'autrice, infatti, afferma: «*il corpo fuori dalla sua capacità di farsi rappresentare psichicamente non ha esistenza per l'Io del soggetto*» (1993, p. 220). L'analista, dunque, ha a che fare con il Sé corporeo degli analizzandi nella misura in cui questo Sé rappresenta un contenuto mentale. Inoltre, lo scarto che sussiste tra il Sé somatico reale e la sua rappresentazione nella psiche per come essa se lo rappresenta può essere variabilmente grande. All'inizio, per l'*infans*, il corpo è un oggetto esterno alla psiche, eterogeneo, un oggetto del mondo esterno. La situazione dissociativa perdura per diverso tempo prima che il

bambino possa dire di abitare l'involucro corporeo. Senza la capacità di simbolizzazione del proprio vissuto il neonato non può pensare al corpo e connettere e riconoscere i propri stati somatici nelle loro differenziazioni possibili. Inizialmente, è la madre che svolge la funzione interpretante e nominativa degli stati di bisogno del bambino e, allo stesso tempo, gli fornisce lo spazio fantasmatico per la costruzione delle zone erogene. Altrettanto importante e contemporanea a questo processo risulta essere, per McDougall (1993), la nominazione degli stati affettivi. La progressiva acquisizione dell'unità psicosomatica produce l'accessibilità delle zone corporee e del loro carico affettivo al simbolico. Quando si verifichi una rottura tra corpo e psiche si assisterà alla manifestazione psicosomatica patologica. Questa considerazione di McDougall (1989) viene rapportata alla esistenza di due concetti in seguito alla ricerca in psicoanalisi: quello di pensiero operativo e quello di alessitimia, nella quale le parole perdono il loro valore e il rapporto tra emozioni e linguaggio viene abolito. In definitiva, come verrà avanti approfondito con il concetto di *comunicazione primitiva*, alterazioni precoci nella comunicazione materna conducono a incapacità parziali dell'adulto alla verbalizzazione e riflessione sul proprio dolore psichico, che possono concretizzarsi in vissuti di tipo psicosomatico come conseguenza dell'affetto scisso dalla rappresentazione. Come esplicitato da Lemma (2015), in questi casi il legame con un oggetto interno ricettivo e resiliente capace di resistere alle aggressioni viene reciso. Si ha, dunque, una regressione a uno stadio in cui le parole non hanno significato e la capacità comunicativa del soggetto è gravemente deficitaria. Questo, tuttavia, non equivale a dire che l'emozione sia compromessa: gli stati emotivi, qualitativamente assimilabili ad elementi beta (Bion, 1962) risultano non arginati dalla funzione linguistica ed espressiva e «vagano incontrollati nella psiche» (Lemma, 2015, p. 145).

In un certo senso, fa notare McDougall (1993), il corpo malato ha un significato positivo: il paziente che si prepara a distanziarsi dall'Altro, a differenziarsene e individuarsi, a non utilizzarlo più come oggetto a dimostrazione del suo esistere come riparazione narcisistica, vede positivamente «la propria capacità di ammalarsi, di prendere il raffreddore, di avere il mal di schiena, di avere la febbre» (1993, p. 230). Queste acquisizioni non fanno altro che conferirgli lo statuto di “esistere”, di potersi “curare e amare”. Il riconoscimento di un corpo che soffre è, per questi pazienti, di per sé un progresso. Si è, in questi casi, ben lontani dalla conversione isterica sul corpo, per cui «il sintomo costituisce l'attività sessuale del paziente» (Freud, 1895), quanto piuttosto il quadro che si configura è quello di una lotta contro la de-indifferenziazione con l'altro, di esistenza angosciata dalla paura di assorbire ed essere assorbito dall'altro. Come visto in precedenza, e come anche l'autrice sottolinea, questo tipo di problematica psichica, tutt'altro che rara, come ricerca di fusione temuta-e-desiderata si concretizza nei comportamenti *addictive*, rispetto alle sostanze ma anche alla sessualità, alla bulimia, alla

farmacodipendenza: sono tutti esempi di un oggetto come sostituto materno patologico al posto dell'oggetto transizionale come teorizzato da Winnicott (1971).

3.2 Gli «Atti-sintomo», Joice McDougall (1920-2011)

Un approfondimento importante è quello relativo all'aspetto corporeo somatico dei pazienti fino a questo punto descritti. In particolare, gli aspetti di irrepresentabilità e di sviluppo difettuale dei fenomeni transizionali nel Sé contemporaneo conseguono a livello corporeo la scarica e l'acting out a livello somatico. L'acting out tende a mettere fuori di Sé, e in questo modo fuori dalla mente, ciò che non può essere contenuto ed elaborato dentro di Sé. In questo senso esso tende a non regolare ed anzi a eliminare la tensione, opponendosi ai processi di integrazione (Winnicott, 1960). In *I teatri dell'Io*, J. McDougall (1988) approfondisce e descrive la dinamica degli «atti-sintomo» (1988, p. 81). L'autrice parla di emorragie psichiche, espresse unicamente attraverso il soma, di grande rilevanza psicoanalitica in quanto rappresentanti un capitale psichico originario non rappresentabile, privo di alcun indice che possa testimoniare la giacenza di elementi rimossi. Questo materiale è destinato a disperdersi “fuori dalla psiche” in agiti e manifestazioni psicosomatiche che interrompono il “vuoto” insito nell'analisi di questa tipologia di pazienti, che McDougall (1988) considera sagomata su un disinvestimento della rappresentazione come vera e propria *fuga* dall'angoscia. Si ha dunque, come si esprime l'autrice, il tentativo di evacuazione del dolore mentale sotto forma di scarica nell'agire ogni qual volta l'equilibrio economico dell'assetto psichico risulti alterato: «l'atto sostituisce il lavoro psichico, paralizzando il funzionamento del preconscious» (1988, p. 83). McDougall pone in parallelo il concetto di atti-sintomo a quello freudiano di *Agieren* (Freud, 1914) (tradotto in lingua inglese come «*acting out*»), che costituisce in sé un concetto economico, di messa in atto di impulsi e desideri per evitare dinamiche conflittuali intrapsichiche, e facente parte della dimensione di *Verwerfung* (Freud, 1895), distinta nettamente da Freud dalla rimozione. I fenomeni psicosomatici del corpo, in conseguenza dell'espulsione dell'affetto, compensano l'elisione rispondendo nell'unico modo possibile: biologicamente. Come sottolinea l'autrice, all'inizio della vita psichica il corpo è sentito come *oggetto* del mondo esterno, come entità al di fuori del proprio controllo: un vuoto a livello psichico delle rappresentazioni somatiche caratterizza alcuni pazienti come conseguenza del protrarsi dell'identificazione proiettiva con la madre arcaica. La modalità di funzionamento psicosomatico, in questi casi, è in netto contrasto con la struttura nevrotica, la quale attribuisce alle funzioni corporee una costruzione di significati simbolici coerenti con la vita pulsionale e potenzialmente verbalizzabili. Quando, infatti, il lavoro psicoanalitico interpretativo non porta alla costruzione di significati tramite il discorso associativo, ciò si riconduce ad una difesa basata prevalentemente sul rifiuto e il rigetto fuori dalla psiche di elementi angosciosi e rappresentazioni pulsionali che denotano, per l'autrice, una fragilità dell'economia narcisistica. Questa osservazione si pone in continuità con l'ipotesi teorica di

P. Lefebvre (1980) di “vulnerabilità psicosomatica”, presente in particolare in quei pazienti che hanno subito un vissuto traumatico nella fase di individuazione-separazione teorizzata da M. Mahler (1975). Egli, in particolare, nota come «Il paziente che somatizza sembra rivelare, nel momento della somatizzazione, una modalità di relazione con gli altri che, se persistesse in modo cronico, caratterizzerebbe la personalità cosiddetta narcisistica. [...] Ogni riscontro di differenze io-altri provoca una impasse relazionale e narcisistica che suscita dei “giving-up affects” e una disorganizzazione regressiva che si esprime somaticamente» (1980, p. 88). Questi pazienti sono definiti da McDougall “antianalizzandi in analisi” (1990). I soggetti descritti come esempi clinici della sua esperienza come psicoanalista rappresentano la concretizzazione di un disturbo a livello del pensiero verbale, sono pazienti che rigettano (in senso di *Verwerfung* freudiano) qualsiasi abbozzo di affetto o di rappresentazione, “passando ad agiti che mascherano i vuoti lasciati dal rigetto stesso” (pp. 148-149). Come scrive McDougall (1988), la «catastrofe interna» del paziente ha colpito la sua capacità di pensare e di elaborare gli affetti: in analisi di realizza la situazione paradossale di sostituire all’atto di comunicare qualcosa all’analista, il tentativo «di fargli *provare* qualcosa, qualcosa che non ha ancora nome, e dal quale egli stesso rifiuta di essere preso» (1988, p. 149, corsivo nel testo). Lo smarrimento del soggetto in analisi lo rende sfuggente alla catena associativa per l’angoscia suscitata dalle emozioni debordanti, per cui l’analista, afferma McDougall, ha la paradossale sensazione di essere costantemente sollecitato e ostacolato nel suo tentativo interpretativo di ciò che viene definita «*comunicazione primitiva*». L’importanza che assume il contenuto controtransferale viene sottolineata come possibile chiarificazione del “discorso-schermo” non elaborato verbalmente.

Queste manifestazioni sono riconducibili a un’anomalia nell’economia dell’affetto, il quale manca di compensazione alla sua perdita, e che rimane scisso all’interno della propria struttura, restando all’interno di uno psichico vuoto, e manifestandosi come minaccia biologica. Il corpo prende a prestito, come sostiene McDougall (1988), l’affetto, costituendosi come oggetto per la psiche, e manifestandosi con sintomi muti, testimoni dell’impasse psichica sia della attività di rappresentazione sia dell’affetto stesso. Per McDougall (1988), in riferimento a quel tipo di pazienti del “nuovo narcisismo” (definizione mutuata da Kohut), la genesi della strutturazione difettuale del soggetto è nella mancanza della interpretazione materna dei suoi bisogni, che rende il corpo biologico incapace di divenire un corpo pulsionale. Il ruolo materno fallace, qui inteso come contenitore (Winnicott, 1960), come ruolo di interprete (Aulagnier, 1975), o come para eccitatorio (Fain, 1971), crea una fragilità iniziale rispetto ai traumatismi della vita successiva.

Rispetto a questo, McDougall (1988) si riferisce al lavoro di Fain (1971) rispetto alla presenza di madri ipercalmanti che, abusando di questo effetto, avrebbero inibito lo sviluppo dell’attività fantasmatica del bambino. Questo tipo di dinamica materna porta a una esasperazione dell’attitudine

istintuale normale di ricreare un ambiente accogliente simil-intrauterino nell'attesa dello sviluppo della capacità auto paraeccitatoria del neonato. Dunque, questo investimento continuo del neonato finisce per creare una sostituzione, al posto dell'oggetto interiorizzato mancante, del loro corpo reale. La carenza di questa interiorizzazione ha come conseguenza l'esclusione dell'attività libidica dalla catena simbolica, divenendo madre-droga, modello di mantenimento dell'equilibrio psichico tramite future forme di *addictions*. A livello corporeo, oltre a queste forme di dipendenza, è opportuno citare le ricerche sul fenomeno del mericismo infantile (a cui il riferimento a Gaddini ha precedentemente accennato), come inghiottimento e rigurgitamento continui, prima forma di autoerotismo contro natura. Essi, al posto della rappresentazione di un oggetto (compensazione della madre assente), hanno un *vuoto*. La conseguenza è, per McDougall: «[...] una *separazione tra il luogo somatopsichico interno*, dove dovrebbe situarsi l'oggetto, là dove le sensazioni sono captate alla nascita della vita psichica, e il *sensorium*, dove sono immagazzinati gli stimoli provenienti dal mondo esterno» (1993, p.203).

Capitolo 4

Il Sé in analisi

In questo capitolo verrà preso in considerazione con maggior dettaglio il setting psicoanalitico come cornice di trattamento declinato nel soggetto ipermoderno. In particolare, attraverso l'approfondimento teorico di alcuni autori della psicoanalisi italiana (Marco La Scala, Agostino Racalbutto, Stefano Bolognini), il discorso avrà modo di focalizzarsi sugli elementi chiave dell'elaborazione di un'ipotesi di cura che presenti modalità adattate alle caratteristiche eminenti dei pazienti della contemporaneità, presentate e discusse nei capitoli precedenti.

La tesi di Racalbutto (1994) sviluppata in “*Tra il dire e il fare. L'esperienza dell'inconscio e del non verbale in psicoanalisi*” riguarda l'esistenza di aree di non pensabilità prive di iscrizione rappresentazionale connesse a un difetto di significazione originaria della relazione madre bambino, che ha come conseguenza il prolungarsi del funzionamento pulsionale e psicosomatico di ciò egli definisce «affetto-sensazione».

L'affetto sensazione è definibile nei termini di traccia dell'esperienza primitiva con l'oggetto (cfr. Costantini, 2007), quando l'oggetto viene a inscrivere nell'unità psicosomatica originaria del bambino, come “conoscenza carnale”, esperienza sensoriale non pensabile dal marcato riscontro emotivo. Secondo Racalbutto (1994) essa corrisponde all' «ammontare affettivo del rappresentante psichico della pulsione» (1994, p. 104). Esistono, nella sua produzione circa la teoria dell'«affetto-

sensazione”, ricchissima di esempi clinici, immersioni in queste aree sensoriali e corporee non rappresentabili e verbalizzabili con cui l’analista deve familiarizzare in prospettiva di aprire nuove possibilità terapeutiche rispetto a situazioni di *impasse* con i pazienti caratterizzati da un vuoto primitivo traumatico, depositato dal primo contatto con l’oggetto. Con tali pazienti è necessario il confronto, a livello transferale, con un involucro psichico difettuale che contiene aree atrofizzate all’interno di un funzionamento psichico primitivo, che generano complessivamente un senso di vuoto e di non esistenza.

In particolare, per Racalbutto (1994) non si verificherebbe in questi casi un “ritorno del *rimosso*” ma piuttosto un *buio* originario come «nucleo autistico persistente» (1994, p. 145), inconscio non rimosso. Come sottolinea La Scala (2012), infatti, riprendendo il lavoro di E. Mangini (2009) sulla rimozione originaria e del suo ruolo non in quanto difesa bensì «del costituirsi dello psichico, di uno spazio e di un suo funzionamento» a partire da questa (2009, p. 50), un quantum di eccitamento eccessivo e, al contrario, un suo ammontare difettuale, impediscono che essa si instauri.

La rimozione originaria rappresenta il primo atto del processo di rimozione: essa costituisce, accanto all’inconscio indifferenziato, un inconscio rimosso quale spazio psichico specifico che funziona come deposito di rappresentazioni di cosa:

«[...] La rimozione originaria si specificherebbe pertanto come evento originario che inaugura ciascuna volta una possibile apertura verso la pensabilità- intesa come tensione verso la simbolizzazione- evitando la scarica dell'eccitamento e l'esperienza di angoscia primaria. In secondo luogo, favorisce, con le rimozioni secondarie, specifiche operazioni difensive contro l'angoscia, a conferma che una efficace funzione difensiva del pensiero, come sostanziale funzione paraeccitatoria, disposizione del pensare per immagini e per la formazione del pensiero simbolico» (2009, p. 283).

Se il lavoro di rimozione originaria viene a mancare, si avrà l’instaurazione e il dominio delle scissioni di aspetti dell’Io privi di soluzioni di continuità. Con “dominio delle scissioni” si vuole intendere, non solo, come afferma La Scala (2012), il prevalere ora dell’oggetto buono, ora dell’oggetto cattivo, ma anche le declinazioni possibili antitetiche delle senso-percezioni (vicino-distante, pieno-vuoto, aperto-chiuso). Come scrive Chabert (1999): «La proiezione associata alla scissione mette in evidenza delle procedure impermeabili nell’alternanza di momenti iperadattivi, estremamente incollati alla percezione della realtà esterna, e momenti iperprotettivi in cui questa stessa realtà è deformata, interpretata in modo eccessivo e sfrenato» (1999, p. 104).

Dunque, in tali casi, uno spazio della rimozione non si genera all’interno dell’Io ma sulla sua superficie a livello di percezione, ed il quantum affettivo al posto della possibilità di legame attraverso

la rappresentabilità origina forme di difesa nell'ordine del negativo (scissione, diniego, allucinazione negativa) (La Scala, 2012). Green (1993) ha, in particolare, approfondito il passaggio dalla identità di percezione a quella rappresentazionale, ed ha proposto, a completamento della teoria freudiana della allucinazione del desiderio, il lavoro psichico della *allucinazione negativa*, come suo opposto. Essa ha come effetto lo sviluppo di ciò che l'autore definisce *struttura* inquadrate, in *Il lavoro del negativo*, che ha un ruolo fondamentale nella negativizzazione del percettivo quando troppo saturo, operazione chiave nel processo di soggettivazione, in particolare nel processo che porta alle «condizioni della rappresentazione» (1993, p. 28). Quando infatti, come sottolinea Munari (2016), l'apparato psichico sceglie di favorire la realtà psichica a scapito di quella esterna, l'allucinazione negativa permette questa interruzione del rapporto con la realtà, differenziandosi sia dalla rimozione, in quanto non include i moti pulsionali ma solo la percezione, e dal diniego, non essendo la realtà propriamente rinnegata. Dunque, l'oggetto è dotato della capacità di cambiare registro: essendo perduto, e poi ritrovato; grazie alla struttura inquadrate diviene assente nella percezione e ritrovato nella psiche (Roussillon, 2014). La capacità di soggettivazione si realizza in questo senso con la mediazione allucinatoria in grado di riattivare tracce mnestiche o di modificarle, e, quando questo processo che La Scala nomina di «attraversabilità dello psichico» (2017, p. 24) è soggetto ad un irrigidimento, come nelle patologie borderline, si verifica una frammentazione del soggetto.

La non pensabilità implica in altri termini aree di fallimento di relazione arcaica dove vige «la tendenza a un'assenza di validazione delle esperienze somatiche» (Traub-Werner, 1990). Se il contatto con il primo oggetto è stato disfunzionale per la costituzione di un senso solido di Sé, nel transfert questa esperienza traumatica si ripete inevitabilmente e costringe l'analista a porsi come cosa "concreta" per recuperare la *rêverie* perduta del paziente, consentendo una significazione di aree non rappresentabili prive di significazione.

La conoscenza che fluttua tra aree del funzionamento psichico pulsionale o psicosomatico e quelle invece inserite all'interno della rappresentabilità viene definita, da Bollas (1987), come «area del *conosciuto non pensato*»: sono proprie queste le aree con cui il paziente e l'analista devono entrare in contatto per reperire la possibilità di tollerare il non-pensabile, il vuoto che può diventare riconoscibile dal suo essere nucleo terrifico di angoscia. Esso è un «terrore senza nome», un piccolo fantasma innominabile, che parla di una unione narcisistica col corpo materno vuota di rappresentabilità e piena di Eros, matrice vitale da ritrovare nello psiche-soma dell'analista.

In questo senso si rende necessaria, per Racalbutto (1994), una ridefinizione rispetto all'analisi classica come interpretazione delle difese e dei conflitti, quanto piuttosto una ri-cognizione libidico emotiva degli affetti, in linea con quanto affermato da Robbins (1989) circa una «tecnica

psicoanalitica orientata cognitivamente» alla costruzione degli affetti all'interno del processo analitico. Per Racalbutto (1994), dunque, «la cura analitica è possibile solo attraverso uno scambio di parole che recuperino l'originaria matrice corporea e affettiva» (1994, p. 36), da qui la necessità, sottolineata anche da Bollas (1995) che la l'attenzione si rivolga a ciò che è «intrinsecamente traumatico nel processo analitico, chiedendo inconsciamente che il trauma provocato dai fatti trovi una sua direzione» (1994, p. 45).

Per fare questo, l'analista deve accettare una momentanea regressione ad una base personale libidico-affettiva di indifferenziazione soggetto-oggetto, agli specifici livello e modalità con cui il paziente funziona, «per lasciarsi trasformativamente abitare *dentro di sé*» (Racalbutto, 1994, p. 161).

Questo può ricollegarsi alla definizione di Lemma (2015) di “setting *incarnato*” in continuità con l'idea che il corpo dell'analista possa essere considerato parte del setting psicoanalitico. Il concetto viene definito in duplice prospettiva: in primo luogo fa riferimento alla presenza fisica dell'analista che fornisce una «forma di contenimento incarnata» (2015, p. 150) per cui ogni suo cambiamento può potenzialmente contribuire a determinare angosce e fantasie nel paziente; in secondo luogo, per sottolineare come il controtransfert somatico dell'analista sia fondamentale per la comprensione delle “fantasie incarnate” del paziente stesso (Bronstein, 2013).

Anche Bleger (1967/2010) propone la concettualizzazione di setting come duplice: quello fornito dall'analista e quello fornito dal paziente, che Bleger definisce “meta-io”. Egli definisce la situazione psicoanalitica come un insieme di «fenomeni che costituiscono un processo, che noi studiamo, analizziamo e interpretiamo, ma include anche un *inquadramento* [setting], vale a dire un “non-processo”, cioè un insieme di costanti, nell'ambito delle quali avviene il processo» (2010, p. 297). Bleger (2010) parla di “vincolo simbiotico” nella relazione analitica, qualora di verifichi la proiezione di parti di Sé sul depositario esterno come elementi che non possono essere integrati. Queste dinamiche “simbiotiche” che alcuni pazienti sentono il bisogno di creare per preservare il proprio equilibrio psichico, spesso provocano nell'analista controtransfert somatici importanti, e «invitano a considerare come il corpo dell'analista venga usato inconsciamente dal paziente stesso» (Lemma, 2015, p. 152). Tornando al concetto di setting incarnato, può evidenziarsi come effettivamente in analisi possano evocarsi una serie di fantasie, incluse quelle presimboliche (Bronstein, 2013), sia tramite l'esperienza del paziente di condivisione di uno spazio fisico sia attraverso la presenza corporea dell'analista. Le qualità sensoriali del setting sono evidenziabili in una funzione peculiare del setting che è proprio quella di «fornire una “pelle” immobile in un contatto adesivo che ha il ruolo di fornire una maggiore integrazione» (Civitaresse, 2008, p. 28).

4.1 A. Racalbuto: «Saxa loquuntur!»

Nei pazienti attuali l'autore riscontra l'assenza della «nostalgia desiderante», la quale indica aree psichiche senza oggetto significativamente rappresentabile, ai limiti dell'analizzabilità.

Sappiamo infatti, a partire da Freud (1925), che all'inizio della vita psichica non vi è propriamente oggetto: così egli scrive in *Inibizione, sintomo, angoscia*: «al momento della nascita non esisteva alcun oggetto, quindi di nessun oggetto poteva essere avvertita la mancanza. L'angoscia era l'unica reazione che aveva luogo» (1925, p. 315). È solo nel momento successivo alla creazione dell'oggetto-madre che l'assenza dell'oggetto genera un investimento della traccia mnestica del soddisfacimento, investimento dovuto al bisogno che potremmo definire (per Freud) *nostalgico*. Il problema sta nel passaggio dalla condizione di indifferenziazione alla costruzione dell'oggetto, della sua rappresentazione e del suo investimento “nostalgico” (Genovese, 2007). Freud, a tal fine, sottolineava l'importanza delle ripetute situazioni di soddisfacimento, parallelamente Winnicott (1971) sintetizza questo nel concetto di “madre-ambiente”: funzione facilitante della progressiva evoluzione di formazioni intermedie di natura proto-rappresentazionale (Genovese, 1991, 1995).

Una alterazione più o meno cospicua di questi processi di soggettivazione avranno conseguenze non solo sull'integrità dell'Io ma anche sulla funzione rappresentativa stessa. Infatti, il processo per cui si delinea un'autonomia del Sé, osserva Genovese (2009), può avvenire soltanto se esso si colloca in contrapposizione a un oggetto. Esso si configura come un confine oltre il quale si riconosce che vi sia alterità. L'angoscia di separazione dall'oggetto può essere superata mediante il confine attraverso cui il bambino «ritrova un contatto sensoriale con l'ambiente [madre]: *percepire* [o meglio *sentire*] ed *essere* diventano allora la stessa cosa, coerentemente con il concetto freudiano di *identità di percezione*, ed il carattere (imitativo) di questo funzionamento è analogo a quanto accade con un liquido che assuma la forma del suo contenitore: essere tutt'uno con [quello che noi sappiamo essere] l'altro è l'unica possibilità per *essere*» (2009, p. 494). Nel borderline manca il confine definito in quest'ottica, manca un oggetto altro di cui avere una rappresentazione: l'oggetto amato-odiato sfuma in questi casi nell'apparato psichico come esperienza a cui applicare un diniego, forclusione e scissione, piuttosto che rimozione, il blocco dunque del pensiero, piuttosto che i pensieri evitati (rimossi). Il confine è, dunque, oggetto di manovre difensive per cui può diventare l'estensione per assimilazione al Sé o nell'estensione di Sé (Gaddini, 1980). Esse sono alla base dell'imitazione, processo ampiamente abusato dal borderline in un rivolgimento di ruoli che permette un non riconoscimento distintivo Sé-altro. L'imitazione proiettiva e la identificazione proiettiva, come sostiene Gaddini (1980) in *Note sulla struttura borderline*, sono oggetto di lavoro in analisi per i continui rimandi alla scissione, alla separazione ed a vissuti di tipo claustrofobico, frequentemente

presenti nella struttura psichica di questi pazienti (cfr. La Scala, 2012). Il funzionamento mentale, infatti, così come il Sé, sembra essere minacciato dall'assunzione di qualsiasi forma o struttura per l'insorgere dell'angoscia che la progressiva integrazione comporta.

In altre parole, il fantasma primitivo della “caduta senza fini” (Winnicott, 1971) o della “perdita di Sé” (Gaddini, 1976) non è in grado di modulare o legare l'angoscia corrispondente. A caratterizzare questo tipo di pazienti sono la tonalità depressiva e la concretizzazione somatica, che impongono un lavoro più sul funzionamento psichico, che sul versante della rivelazione di senso. Questi pazienti si distinguono per l'uso elettivo della percezione sulla rappresentazione, e quindi del disuso del Preconscio, così come sono più frequenti le difese prossime al percettivo, come il diniego. È dunque necessario, scrive Genovese (2009), favorire i processi integrativi verso l'acquisizione di un «senso di continuità del sé» per tollerare la condizione di separatezza, per ristabilire le carenti funzioni di legame, connesse sia alla scissione sia alla non integrazione.

La dimensione transferale di spazio in comune rimanda a una realtà destrutturante per questi soggetti, scatenando angosce insostenibili. Rispetto al modello isterico classico di rimozione fondato sul «complesso di castrazione», si hanno configurazioni psichiche che necessitano non solo (e non tanto) di un recupero di vicissitudine fantasmatiche riedite nel transfert, ma di favorire la «costituzione di uno spazio e una sostanza (affettiva) per pensare» (Racalbutto, 1994, p. 39). In questo senso la clinica ha a che fare con pensiero non derivante rappresentazioni, ma con tracce mnestiche, vissuti corporeo-libidici piuttosto che pensieri precostituiti.

L'esempio portato è della paziente Vera, che non presenta produzione onirica ed è priva della capacità di associare liberamente (Racalbutto, 2001). Piuttosto, le sedute con Vera si caratterizzano per il rilievo percettivo di ogni cambiamento fisico all'interno della stanza di analisi (un vaso, una statuetta, il portaombrelli), rilevanza dell'oggetto che si associa al contemporaneo desiderio di negarlo, di segnalarne, insieme all'esistenza, l'intolleranza. Il rifiuto di qualunque cosa di direttamente umano, l'evitamento del significato delle parole dell'analista (che le “fanno venire il mal di testa”), la necessità di pietrificazione dello stesso e della sua così ottenuta immobilità affinché possa essere parte di un quadro statico rassicurante, fanno pensare all'analista a un segreto innominabile circa l'origine, la nascita “interdetta” della vita della paziente unitamente alla sua morte. Le rilevazioni della paziente sono continue congetture sull'oggetto percepito, che schiacciano il soggetto (e l'analista) riducendolo a eco. Occorre costituire uno spazio per pensare ad una analogia ora-allora, altrove-qui per slantentizzare il «tempo morto» (Green, 1975) all'interno del quale nessun limite può effettivamente delimitare un tempo diverso dal prima, nessun confine è in grado di dare credibilità al pensiero, o perfino alle parole, vissute inizialmente come «parole-pietra», somatizzazioni anti-pensiero,

permanenza in uno stato psichico al limite di sopravvivenza contro la morte psichica. La prevalenza del sistema percezione-coscienza, a scapito del sistema preconsciouso rivela nella paziente un'attività slegante e vacillamento dell'Io, eccessiva porosità dei suoi confini e varcabilità dei limiti. Sono qui in gioco dei traumi di cui il «bambino non sa ancora parlare, periodo in cui i ricordi si formano» (Freud, 1899, p.453). La costruzione in analisi si delinea come una identificazione-disidentificazione restitutiva dell'analista nei confronti del proprio paziente rispetto a un punto di vuoto di rappresentabilità, «originario» di pensiero non ancora formato, urtando con elementi al limite della rappresentabilità, del dicibile, dell'inconscio e inconoscibile del paziente. Inscrizioni psichiche «grezze», non ricordi bensì tracce mnestiche in cerca di rappresentazioni di senso. Ciò che Masciangelo (1997) ha definito «doppio perturbante» su cui gettare un ponte per tracciare nuove vie di percorribilità di senso. La costituzione va qui oltre il dimenticato (rimosso), ma anche oltre il mai pensato (forclusione e diniego) con un legame diretto alle origini. In questo senso ha luogo la connessione con la metafora freudiana "*saxa loquuntur*", i sassi parleranno. Spostando quindi l'attenzione sul controtransfert, è qui possibile ricostruire ed elaborare un romanzo personale della paziente, mancante di intere parti non andate perdute ma bensì mai scritte, in una operazione di «co-produzione di senso» tra analista e paziente. Solo in questo senso può diventare trasformativa l'esperienza di analisi di pazienti come Vera, la cui percezione della staticità fisica è calmante rispetto alla traumaticità del "terzo", di ogni elemento di novità, imprevedibilità, neo-natalità, per lei da dover uccidere psichicamente. In fondo, il pianto del bambino durante la seduta che, curiosamente, al contrario di altre inavvertibili modificazioni, Vera non avverte e non segnala, rappresenta quella stessa lei soggettivamente misconosciuta e resa irrintracciabile, fatta fuori. Solo dopo aver scardinato il segreto all'origine della sua nascita e del suo nome, che testimonia la possibilità di contatto profondo con le sue origini, Vera può definirsi viva, e accettare la mobilità, dell'analista, della vita, del pianto. Attraverso il contatto con il secondo momento del transfert, viene ritrovata quella che Masciangelo (1989) definisce come «nostalgia strutturante», la quale offre il modello di qualsiasi legame e permette l'accesso al desiderio. In clinica, l'emergere di sentimenti di depersonalizzazione testimonia l'emergere di un fondo irrepresentabile, indicibile, su cui i confini si costituiscono.

4.2 "*Rappresentazione e limite*": il pensiero di Marco La Scala

In questo senso anche Marco La Scala (2001) fa riferimento, nel lavoro *Rappresentazione e limite*, rispetto a pazienti narcisisti e borderline, a un difetto nella costituzione dei confini, in particolare egli afferma: «i confini sono spesso incerti e proprio per questo sono molto difesi, e la condizione di equilibrio e relativo benessere è garantita da una regolamentazione molto rigida degli scambi attraverso una frontiera che non si è potuta adeguatamente costruire» (2012, p. 55). Questo è dovuto,

come La Scala (2017) illustra in *Percepire, allucinare, immaginare*, a una difettualità dell'oggetto primario nella capacità di rispecchiamento e *rêverie*. Tali funzioni compromettono con intrusioni troppo violente l'area transpichica (Bolognini, 2008), costringendo l'Io del soggetto ad erigere barriere difensive massicce. Queste esperienze precoci potenzialmente traumatiche costringono a una rivisitazione del concetto di incorporazione così come presentata da Abraham (1987). Accanto a un processo di incorporazione attiva, è possibile, infatti, teorizzare (come nei casi ora descritti) una incorporazione *passiva*, in cui tutta la superficie-limite dell'Io, è esposta a violente intrusioni dell'oggetto, esemplificabili con il concetto di "intropressioni" di Ferenczi (1932). Queste intrusioni esproprianti sono paragonate a incorporazioni subite dall'Io come assorbimento dell'oggetto, espressione di una pulsione distruttiva disimpastata (La Scala, 2017), che assediano l'Io con nuclei isolati privandolo della costituzione adeguata del confine individuale.

In particolare, La Scala (2017) prende in considerazione la clinica rispetto a un paziente caratterizzato dalla compresenza di nuclei opposti agora-claustrofobici. Egli è spinto ad operare ripetute fughe da una dimensione all'altra della coppia di opposti: continuamente diviso tra un nucleo agorafobico e uno claustrofobico, viene colto da una angoscia destrutturante di essere fuori, nello spazio esterno, che lo costringe di conseguenza a ripararsi in un interno sicuro, di cui successivamente avverte la minaccia claustrofobica di intrappolamento, che di nuovo lo porta a collocarsi all'esterno. L'esempio clinico verrà approfondito più avanti. Il lavoro analitico in questo caso si concentra, secondo l'autore, primariamente sull'intrapsichico, sulla scissione interno/interno, e secondariamente sul fronte interno/esterno, il quale mantiene la scissione e un funzionamento psichico prevalentemente ancorato alle percezioni.

Il confine e gli spazi che esso delimita si iscrivono nell'ordine del vissuto, del pensato e del simbolico: il *confine* rispetto al concetto di *frontiera*. Il *confine* è, per La Scala (2012), una demarcazione con funzione delimitante che consente di conferire unitarietà e coesione ad un'entità che così acquista una sua fisionomia. Questo differisce concettualmente dal termine di *frontiera*, la quale prevede l'esistenza non solo di ciò che sta all'interno, ma anche di ciò che sta all'esterno, e che organizza gli scambi con esso, essendo a sua volta da esso organizzata. Essa implica uno scambio possibile, un'alterità, coerentemente con Green (1991): «l'individuazione, non sarà raggiunta se non quando alla funzione disgiuntiva si assocerà una funzione di congiungimento, il cui obiettivo è quello di ristabilire, per quanto possibile, una comunicazione tra elementi scissi, attraverso una coesistenza contraddittoria di conflittualità minima» (1991, p. 265). In alcuni pazienti, afferma La Scala (2012), la condizione di equilibrio è mantenuta non tramite la rimozione, la quale consentirebbe il mantenimento del conflitto all'interno di una struttura prevalentemente unitaria, come anche affermato precedentemente, bensì una condizione in cui si rivela massivo l'uso del *diniego* e del

feticcio che hanno come conseguenza la scissione dell'Io, oppure la forclusione con conseguente annullamento delle percezioni stesse.

Il mantenimento della scissione è dunque una conseguenza, e per comprenderne l'origine occorre comprendere prima di tutto la sofferenza di fondo che giustifica, rendendola necessaria, questa modalità di funzionamento dell'Io, il quale garantisce la propria sopravvivenza tramite la spinta alla non integrazione piuttosto che ad essa. Nei pazienti in cui è operante il diniego, la scissione opera mantenendo rigido e consolidato un confine lineare, che garantisce, da una parte, una idealizzazione che confermi l'identità; dall'altra, un altrove su cui proiettare il negativo da evacuare la cui intollerabilità si può paradossalmente ripresentare sotto forma intrusiva e persecutoria. *Splitting* che tende ad estremizzare tutta l'esperienza e che determina quello che Green (1990) ha chiamato «bilogica»: i pensieri contraddittori rimangono associati senza conflitto. Essi si originano dalla primitiva dicotomia piacere dispiacere (buono cattivo), che successivamente pervade tutta l'esperienza (aperto-chiuso, coeso-frammentato, espulso-incluso, ecc.). Condizioni estreme, prive di modulazioni intermedie che possano portare a una integrazione o conflittualità, che semplicemente si alternano temporalmente.

Occorre, dunque, una operazione di risignificazione di elementi opposti che si configurino nuovamente nella loro paradossalità: non solo buono cattivo, ma anche aperto e chiuso, il pieno e il vuoto, il coeso e il frammentato, l'espulso e l'incluso in quanto tali. Sono coppie, come afferma La Scala, che si alternano senza giungere mai a conflittualizzarsi, di estrema importanza in quelle patologie che vanno sempre più diffondendosi e che «rimandano fenomenologicamente al confine e al limite» (2012, p. 101) attacchi di panico, disturbi alimentari. Non c'è *area potenziale*, afferma La Scala (2012), perché l'oggetto viene investito in quanto superficie, «stampo» confine comune privato della sua funzione di contenitore e dei suoi contenuti. In tal senso, non sarà possibile che esso costituisca un elemento virtuale, utilizzabile dall'Io nei processi di decontestualizzazione e astrazione per la rappresentabilità. Gli oggetti privi delle loro caratteristiche fisiche percettive, peso, volume, concretezza, possono essere utilizzati in ciascuno di noi con libertà di cattura sensoriale; al contrario, oggetti utilizzati come confini, come superfici, sono ingombranti e di peso perché esistono nella loro concretezza, unico elemento che può essere investito e dunque ripresentarsi nella mente come riedizione del passato.

È per questo, afferma La Scala (2012), che i pazienti borderline presentano così spesso un senso di claustro-agorafobia ogni volta che ricordano, l'angoscia claustrofobica emergerebbe proprio in relazione alla condizione di incorporazione e introiezione precaria di questi oggetti concreti

parassitanti. Claustrofobia che si caratterizza per la mancanza di uno spazio interno saturato da senso percezioni non simbolizzabili, per carenza della funzione della rimozione originaria (Mangini, 2009).

Piaget (1966) afferma che lo spazio non è altro che una proprietà dell'*azione*: se questo è vero, lo spazio «impossibile» per l'agorafobico è quello spazio in cui è impossibile il movimento dell'Io, l'atto, il suo spostamento, per mancanza di oggetti virtuali e per ancoraggio a oggetti concreti e pesanti che l'Io non può utilizzare. I fenomeni che La Scala (2012, 2017) chiama “fenomeni di confine”, in quanto al limite dell'esperienza prefigurabile, non solo per il paziente ma anche per l'analista, sono caratterizzati non da elementi prefigurabili nell'analista, ma da entità emergenti come qualcosa di obliato nel corpo del paziente. In questi casi, dunque, l'analisi può derivare dalla decostruzione di schemi profondamenti ancorati nel corpo.

In forma riflettente vari stati affettivo sensoriali percepiti dal paziente, l'analista apre le prime possibili vie alle rappresentabilità, come esemplificato successivamente attraverso i lavori di A. Racalbutto (1994). Come questi sottolinea, non è pensabile porsi inizialmente come analista in posizione di *terzo*, perché il paziente non sarebbe in grado di riconoscerlo ed investirlo come tale. Questo sarà possibile solo quando il paziente saprà differenziarsi dall'analista e dai limiti della dipendenza dalla di lui funzione, quando questa sarà introiettata all'interno del transfert, e di conseguenza, egli saprà costruire rappresentazioni soggettivamente investite in una area di transizione soggetto-oggetto. Area che Winnicott (1971) descrive così:

«Di ogni individuo che ha raggiunto lo stadio per cui è un'unità, con una membrana limitante, e un di fuori, e ha raggiunto lo stadio per cui è un'unità, con una membrana limitante, e un di fuori un di dentro, si può dire che vi sia in lui una realtà interna. Questo ci è di aiuto, ma è sufficiente? Ciò che io vorrei affermare è che se vi è il bisogno di questa doppia definizione, vi è anche il bisogno di una definizione tripla; la terza parte della vita di un essere umano, una parte che noi non possiamo ignorare, è un'area intermedia di esperienza a cui contribuiscono la realtà interna e la vita esterna. È un'area che non viene messa in dubbio, poiché nessuno la rivendica se non per il fatto che esisterà come posto di riposo per l'individuo impegnato nel perpetuo compito umano di tenere separate, e tuttavia correlate, la realtà interna e la realtà esterna» (1971, p. 25).

4.3 L'«affetto-sensazione»: rappresentante psichico della pulsione

Nei pazienti in cui, come sostiene Racalbutto (1994), vi sia un uso frequente dell'azione in sostituzione del pensiero, vi sarebbero iscritte le tracce di una mancanza di instaurazione del processo di rimozione originaria, prevalenza del corporeo rispetto al simbolizzabile. Si parla, con Racalbutto (1994), di difficoltà a *pensare* gli affetti, ad immaginarli, di un sistema deficitario dell'apparato

psichico che lascia il bambino in preda a scariche pulsionali non metabolizzabili. Per esprimersi in termini bioniani, si potrebbe parlare di eccesso di elementi beta (protopensieri, quelli che Racalbutto definisce «rappresentanti psichici della pulsione») in alcune aree nelle quali non vi sia stata trasformazione materna “disintossicante” di questi in elementi alfa, i quali si configurano come pensieri in senso proprio del termine, o anche rappresentazioni di parola.

La differenziazione tra la rappresentazione di cosa e la rappresentazione di parola consiste nel fatto che la rappresentazione di parola (conscia e preconscia) rimanda a una immagine verbale associata alla rappresentazione di cosa (inconscia): essa cioè consiste in una significazione affettiva comunicabile. La rappresentazione di cosa, al contrario, come scrive Freud (1915) è un investimento diretto delle tracce mnestiche della cosa, essa ravviva in questo senso la traccia mnestica, la traccia visiva (mentre quella di parola è accostabile sensorialmente per Freud alla traccia acustica). L’area della non pensabilità di cui parla Racalbutto (1994), elemento quantomai rilevante per la clinica psicoanalitica attuale, deriverebbero da tracce mnestiche non rappresentabili, e quindi non ravvivate e ravvivabili dalla rappresentazione di cosa. Esse non avrebbero accesso alla significazione visiva definendosi come nuclei affettivo-sensoriali traumatici non significabili.

In corrispondenza di tali aree, il bambino rimarrebbe legato ad una esperienza basata più sul sentire che sul rappresentare, dove il sentire Sé occlude una vera differenziazione tra la rappresentazione del Sé e la rappresentazione dell’altro. Sappiamo infatti, come fa notare Racalbutto, che il senso della relazione primaria si iscrive in un momento di relativa indistinzione tra la relazione oggettuale e l’esperienza del vissuto sensoriale, lo sviluppo del pensiero prenderebbe origine, dunque, da un modello corporeo. Ancora, Racalbutto (1994) osserva come quegli eventi del funzionamento psichico primitivo che non hanno trovato significazione verbale, restano iscritti psichicamente come delle «costruzioni allucinatorie», «rappresentazioni di cosa», semplici elementi sensoriali “grezzi”, privi di decodificazione simbolica, che lui definisce, come sopra citato, i “rappresentanti psichici della pulsione” (1994, pp. 26-32, p. 44, p. 57). La particolarità di questi elementi si concretizzerebbe come coagulazione affettiva elementare di natura traumatica che sfugge ad ogni possibile significazione. Dunque, in questo senso, si può fare riferimento al concetto di «conosciuto non pensato» di Bollas (1987), di ciò che si configura come non pensabile e non elaborabile psichicamente. Sono eventi ed elementi che, pur appartenendo all’individuo, non sono inscrivibili nella sua storia, in quanto tracce psicosomatiche che sfuggono al “sapere”. Rispetto all’esistenza di questi fenomeni, per Racalbutto (1994), si rende necessaria in analisi l’attivazione di una dinamica di transfert-controlttransfert iscritta nel registro del «non verbale», laddove la capacità di pensare tramite “rappresentazioni di parola” viene progressivamente oscurata e talora annullata. Questa tipologia di contatto con il paziente «sprovvisto di Logos e stracolmo di Eros» (1994, p.87), come si esprime Racalbutto, fa sì che l’analista

sia obbligato a passare attraverso una propria implicazione corporea “inquietante” di riferimento all’intero sé stesso come persona, prima di poter trovare una restituzione di senso plausibile da offrire al paziente. Rispetto a questo, Milner (1960) ha parlato, per quel che concerne i pazienti borderline, di essere dell’analista non come «attenzione liberamente fluttuante», bensì come «totale consapevolezza interna» non alla ricerca di idee o di interpretazioni verbalizzabili (1960, p. 304).

Capitolo 5

Clinica psicoanalitica con i pazienti al limite

Rispetto alla clinica con alcuni pazienti al limite, Racalbutto (1994) espone come lo spazio intrapsichico non possa che derivare dall’interiorizzazione di uno spazio presente primariamente nella relazione.

La funzione di *rêverie* dell’analista in seduta si concretizza con la possibilità dell’analista stesso di partecipare come soggetto “interpretante” il transfert con tutto il proprio patrimonio rappresentativo e affettivo. In questo senso, scrive Searles (1986) a proposito dei pazienti borderline nello specifico, «l’analista attento alle fluttuazioni del proprio senso di identità [...] scopre di avere una fonte di dati analitici» (1986, p. 131) e più avanti: «quasi sempre il paziente è inconsciamente sordo alla spiegazione verbalizzata da parte di un analista, il quale sempre a livello inconscio è vissuto come qualcosa di ben diverso da un essere umano completo» (1986, p. 132). Occorre, per Racalbutto (1994), rinunciare ad essere sempre soggetto interpretante e verbalizzante la relazione analitica, ma lasciare esistere l’esperienza abbandonato-abbandonante del paziente, di cui è però mantenuta la certezza personale di esistere. Come direbbe Guillaumin (1991) in questi casi: «Il soggetto emerge nella sua verità nudo, spogliato e separato con il recupero di un’esperienza fantasmatica originaria largamente irrepresentabile. [...] Come direbbe Winnicott, vi trova il riassetto di sé stesso “nel proprio corpo”, e della riappropriazione della forza pulsionale denegata fin là, nella misura e nel momento in cui egli accetta di non controllarla totalmente» (1991, p.1589). Tramite il recupero di un linguaggio preverbale è possibile lavorare sulle rappresentazioni arcaiche di cosa ed i rappresentanti psichici della pulsione.

Rispetto alle situazioni cliniche riportate da Racalbutto (1994, 2001), a suo avviso risulta fondamentale l’analisi del sentimento della perdita, non in riferimento alla fase conclusiva del processo di individuazione-separazione, bensì alludendo a esperienze di perdita “primitive”, non pensabili in termini di rappresentazioni ideative. È infatti in riferimento a questo che è possibile affermare, citando W. Baranger e J.M. Mom (1987), che il primo momento del trauma (che gli autori

chiamano “pretraumatico”) «acquista un suo valore etiologico attraverso un secondo momento [...] che lega insieme i due tempi» (1987, p. 72). La storicizzazione e la possibilità di legame possono realizzarsi nel percorso analitico tramite il ripristino della situazione traumatica e con essa un orizzonte significativo. Il “primo momento del trauma”, infatti, appartiene all’area dell’irrepresentabile, di non “pensabilità”, come definisce Racalbutto (1994), potenzialmente nominabile a seguito dell’immersione analitica in questo spazio opaco in una *Nachtraglichkeit* attraverso il cui il trauma potrà essere oggetto di risignificazione ed elaborazione.

Per quanto riguarda la clinica della non pensabilità, Racalbutto (1994) sostiene come vi sia una somatizzazione di contenuti non pensabili dal punto di vista rappresentativo, di “conosciuto non pensato”, affetto-sensazione sopra descritto, che rimane coagulato ed altamente erotizzato soprattutto all’interno delle strutture borderline. Questi processi di erotizzazione avvengono, nel borderline, perché l’affetto non ha acquisito una differenziazione dicotomica nei suoi opposti: quindi tra collera e paura, gioia e tristezza; l’affetto primitivo, sostiene Racalbutto, si collega a una qualità emotiva di intrusione, o perdita dei limiti del contatto con l’oggetto, restando dolore somatico puro, avvertito visceralmente e privato della propria specificità. Rispetto a dei funzionamenti che impediscono in alcuni momenti l’accesso a vie di rappresentabilità verbale, se non con conseguenti scompensi psicotici o destrutturazioni/ritiri narcisistici, occorre considerare il compito psicoanalitico che si appropria delle capacità di tolleranza del vuoto, e di operatività all’interno di una emotività ai limiti del pensiero cosciente. Per «vuoto» Racalbutto (1994) si riferisce a un progressivo disinvestimento degli oggetti esterni per collocarsi all’interno di sé in un recupero sano di narcisismo, e non vuoto in senso di “svuotamento”; essere svuotato. Se nel paziente manca la *Nachtraeglichkeit*, l’“a posteriori”, è l’analista che deve operare sul suo psiche-soma attraverso il suo «essere vuoto» permettere l’accoglimento di un altro vuoto, il vuoto rappresentazionale del paziente, che si condensa in un troppo pieno di eccitazione pulsionale, rabbia, angoscia, affetti-sensazioni-azioni preverbalì. Un vuoto come *nihil* distruttivo che determina lo stazionare della persona nella propria «illusione fusionale», come la definisce McDougall (1989), nell’indifferenziazione soggetto-oggetto. L’analista, in questo senso, apre lo spazio alla relazione, alla possibilità di pensabilità dell’Altro, preludio della scoperta della propria individualità. Si pone come «oggetto trasformativo» (Bollas, 1987) nell’oscillazione tra il sentire il paziente dentro di sé e la ricerca di una «distanza utile» (cfr. Green, 1983), e, attraverso il proprio lavoro psichico, opera all’interno di questo spazio, inizialmente vuoto, con un movimento psichico organizzativo a livello preconscious di *rêverie*, verso affetti, parole-pensieri, che siano elaborativi degli stati affettivi arcaici del paziente. Il vuoto creato è un vero e proprio “spazio potenziale” che ricorda lo “stare soli in presenza della madre” (Winnicott, 1971), dove il paziente può sentire complementariamente l’analista.

Freud (1925) afferma che la parola e i sintomi “nascono dalla carne”, in analisi alcune sensazioni che i pazienti narrano possono quindi essere elaborate, anche in virtù dell’identificazione proiettiva con la quale esse vengono trasmesse, attraverso l’*après coup*, passando da “sensoriali” a “mentali”, così che i pazienti siano accompagnati nel percorso che li porta da “sentire” a “rappresentare”.

Nonostante il fatto ineludibile che, come fa notare Racalbutto (1994), esisteranno sempre delle zone di non rappresentabilità, qualcosa che non può essere rappresentato, dei «buchi neri» costitutivi della persona, è opportuno riconoscere che in analisi possa sussistere la necessità di “costruire” almeno parzialmente, alcuni affetti. Ad esemplificazione di questo Racalbutto (1994) riporta la clinica con una paziente borderline, durante la quale avveniva che i comportamenti e le sensazioni fossero sganciati da ogni connotazione rappresentativa, esistevano «solo sensazioni senza rappresentazioni disponibili né affetti specifici, portatori o evocatori di senso» (1994, p. 100), e anche quando ad affetti rappresentabili è dato di esistere, essi si collocano comunque isolati e privi di collegamento rispetto alle idee-pensieri.

Rispetto ad una specifica paziente, Racalbutto (1994) riporta il proprio il vissuto controtransferale con la metafora di essere “mangiato”, in corrispondenza del di lei “fare rifornimento” in seduta, il quale veniva settimanalmente esaurito negli spazi tra le sedute e verbalmente lamentato, nelle successive, in forma di malessere fisico, nausea, e sensazione di vomito. In questo caso è esemplificante la tesi di Brusset (1988), il quale scrive che nello spazio al limite tra il soggetto e l’altro non vi è più posto se non per il *corpo*: «Non resta che il corpo e il corpo in preda all’insensato di sensazioni designificate» (1988, p. 128). Infatti, l’analista si colloca come poco significativa per la paziente nella sua impossibilità di esprimersi, in quanto assente, e di dare un senso all’atto distruttivo della stessa di “incorporarlo”: ogni sua interpretazione cade nel vuoto. Si rende necessaria allora, la tollerabilità di un rapporto parassitario “interminabile” fino a che la paziente possa “ascoltare” e “intendere” gli interventi interpretativi, e, attraverso la confrontazione del buono-cattivo sperimentati separatamente, operare un disimpasto pulsionale. Questo permette di realizzare una differenziazione tra l’apprezzare l’analista e il distruggerlo, azioni precedentemente unite nell’atto di «abbuffarsi» (Racalbutto, 1994, p. 104). La modulazione degli interventi risulta fondamentale affinché non vi sia un’azione iperinterpretante, la quale potrebbe essere vissuta come pulsione di impossessamento da parte del terapeuta (in analogia al “mangiare-abbuffarsi” della seduta da parte della paziente), e allo stesso modo non suscitare insicurezze abbandoniche. Occorre fare un «lavoro sul negativo», come si esprime Green (1990), che permetta, da un lato, di dare spazio alle esigenze pulsionali non privandole della loro importanza ed evitando di silenziarle con verità oggettive che si concretizzano in un traumatismo intrusivo per la paziente; e, dall’altro, non tacere troppo a lungo per permettere alla paziente di avvalersi dell’orizzonte di senso dell’analista. In conclusione, attraverso la fiducia e la

tolleranza all'interno del rapporto di analisi, la paziente può re-introiettare una sufficiente stabilità di Sé e tramite questa operazione di contenimento dell'analista ed accogliere i successivi insight che altrimenti sarebbero stati respinti come traumatici. L'analista si colloca come "depositario" (cfr. Bleger, 1967) dei nuclei rappresentativi trasmessigli, e attraverso la propria quota libidico-emotiva, è capace di recuperarne gli elementi rappresentativi. Può accadere che, a livello controtransferale, l'analista sia un soggetto all'interno del quale sopraggiungano aree di silenziosa opacità affettiva e rappresentativa. Sempre secondo la prospettiva di Bleger (1967) circa il legame soggetto-oggetto possono costituirsi delle tipologie di legame primitive, che egli chiama *nucleo agglutinato*, basato su affetti sensazione come unica forma di vita conoscibile affettivamente. Rispetto a questo si ha un allineamento teorico con ciò che Anzieu (1985), nella teorizzazione dell'Io pelle, aveva definito *interfaccia*, collegamento indistinto tra interno ed esterno. Questo ha come conseguenza, in analisi, una tendenza «tossicomane e feticistica all'abuso di sensorialità» (Racalbutto, 1994, pp. 97-98) e una regressione a uno stato indifferenziato soggetto-oggetto come difesa al dolore della discontinuità e individuazione. Se queste aree di funzionamento psichico non vengono risolte, il paziente manterrà nuclei oscuri di affetti-sensazione che, secondo Racalbutto, necessitano di elaborazione.

In questo senso, cogliere il transfert e interpretarlo è significativo e illuminante circa numerose domande formulabili, quali: che cosa l'analista rappresenta per il paziente (se si parla di transfert), oppure, parlando di controtransfert, quale clima affettivo e quale organizzazione libidico-emotiva deve rappresentare per il paziente, allo scopo di una corretta evoluzione della relazione. Questa dialettica differenziativa, fondamentale in ogni situazione clinica, diventa particolarmente vitale nei gravi disturbi narcisistici, come in quei pazienti borderline di cui parla Searles (1986); per tale autore:

«[...] il funzionamento dell'Io del paziente borderline è a un livello simbiotico precedente all'individuazione, così che molto spesso è l'analista che, accedendo in modo relativamente facile alle proprie esperienze inconse, riesce per primo ad averne coscienza, a concettualizzare e ad articolare verbalmente i conflitti ancora inconsci del paziente. Sebbene questi conflitti appartengano intrinsecamente al paziente, egli può riconoscerli e integrarli solo identificandosi con l'analista, nel quale i conflitti sono potuti scivolare, per così dire, con il flusso della traslazione simbiotica» (1986, p. 124).

Si stabilisce così, secondo Racalbutto (1994), il recupero di un ruolo "genitoriale", che traccia al contempo i percorsi identificatori e restitutivi, instaurando così una complementarità tra paziente e analista per cui è possibile una rielaborazione efficace della indifferenziazione libidico-affettiva di un inconscio non elaborato. La risposta alla domanda del più volte citato Racalbutto (1994), sulle motivazioni all'analisi di pazienti la cui sofferenza risulta così largamente determinata da queste aree

di irrapresentabilità, è circa la possibilità di ritrovare nell'analista una funzione di pensiero in grado di oscillare tra un funzionamento psicoaffettivo e modalità verbali rappresentative. Si tratta di una esperienza di rinascita simbolica, fatta attraverso un oggetto che è l'analista, che la promuove anche attraverso l'elaborazione di aree di "morte" (anche questa simbolica). Occorre elaborare il *gap*, le aree di vuoto che si collocano tra l'oggetto e sé stessi come soggetto, che ne permettono l'evoluzione da una dipendenza assoluta alla parziale differenziazione, che possono non essersi instaurate a sufficienza: questo può aver portato in alcune fasi della vita del paziente a una non esperienza di quel «vuoto nostalgico» che rende possibile la rappresentabilità degli affetti proprio in virtù della loro latenza e non validazione "pulsionale" onnipotente. Come afferma Soavi (1990) a proposito dell'importanza del costituirsi dell'opposizione me-non me aggiunge in merito: «[...]la complementarità va cercata nel fatto che la capacità di vivere fiduciosamente il momento di abbandono a 'occhi chiusi' precede e rende possibili i processi attorno ai quali si organizzerà l'identità» (1990, p. 98).

Questo ha modo di realizzarsi, per i pazienti in analisi, in virtù del setting contenitivo che non implica il soddisfacimento pulsionale: esso è pre-disposto al vissuto di sentimenti di assenza e di silenzio, e, che si basa «sull'attendibilità dell'analista di *vivere il vuoto*» (Racalbutto, 1994, p. 104). Questo vuoto è totalmente differente dal "essere svuotato" dal paziente, la cui azione distruttiva destruttura il contenimento dell'analista. Racalbutto pone all'origine di un affetto sensazione superficiale che svuota il vero Sé del bambino un'esperienza traumatica per antonomasia (*Hilflosigkeit*), la quale espone il bambino al disaiuto e all'impotenza, causata dall'assenza materna e non integrata all'aggressività. In altri termini, l'esperienza protratta di relazione primaria che non favorisce la crescita rende il bambino incapace di tollerare l'assenza e la perdita, e dunque di differenziarsi come individuo indipendente dalla relazione madre-bambino originaria, che porterà alla ricerca di vissuti analoghi anche rispetto all'analista.

Le aree di non rappresentatività si concretizzano in analisi tramite la trasformazione dell'analista quale ricettacolo di proiezioni e richieste pulsionali del paziente (Racalbutto, 1994). L'analista è in tutto e per tutto immerso nella propria "informità" elaborando ciò che in quel momento è *anche* suo, esercitando la funzione di *rêverie* (Bion, 1962), ovvero trasformando la quota libidico affettiva in cerca di rappresentazione da parte del paziente. Questa dinamica emerge, per esempio, nel vissuto transferale-controtransferale riportato da Racalbutto (1994) con una propria paziente (Angela, borderline) in cui emergono bisogni di assicurazione continua, come quelli derivanti il contatto con la pelle della madre che assicura il contenimento, pretesi dalla paziente e veicolanti la paura di «cadere nel vuoto» senza un oggetto che assicuri «l'aggancio visivo» (Winnicott, 1971). Essa, infatti, fa continue richieste durante la seduta circa la direzione dello sguardo e del pensiero dell'analista

(«Dove guarda?» «A che altro pensa?») che rimandano, per Racalbutto (1994), a una carenza della funzione integrativa, che determina la ricerca di un oggetto-sé da incorporare e costantemente contattabile, non contenibile all'interno di rappresentazioni ma soltanto agito sul piano concreto. Questo porta a un vissuto controtransferale di eccessiva invadenza e occupazione, superato il quale l'analista fa appello alla totalità della sua capacità contenitiva e di "seno" buono che permette di assicurare alla paziente un affetto di base, un calore di accudimento. Angela sembra, in questo modo, crescere, nutrendosi di questa preoccupazione "analitica primaria" (Carloni, 1984) che le permette l'elaborazione delle angosce di separazione. Questo si concretizza in analisi con il passaggio dalla seduta vis-a-vis al lettino, che testimonia l'interiorizzazione, da parte di Angela, dell'analista come fatto interno non richiedente l'incorporazione percettiva costante, nell'ottica di un lavoro di ristrutturazione della relazione oggettuale, per cui, dell'oggetto, si può tollerare l'assenza. Questo si rende fondamentale, per Racalbutto (1994), in quanto permette la tollerabilità di aree di non pensabilità che consentono il contatto con l'oggetto quando non presente.

La clinica del vuoto si collega a un concetto clinico cui fa riferimento A. Correale (2007) in *Area traumatica e campo istituzionale*, quando parla di "riposo" a proposito del paziente borderline. Il tema del riposo è rivestito di importanza cruciale nella clinica, e, per Correale (2007), esso non sarebbe un semplice intervallo, bensì uno spazio per la messa in moto di un'attività creatrice di pensieri, idee, ricordi. Il "riposo" definito come «libertà della mente in uno stato fluttuante e ampiamente mobile» (2007, p. 82), è assimilabile al concetto di "funzione poetica", cioè alla capacità della mente di assemblaggio di elementi contraddittori per creare simboli. È inoltre lo spazio del ricordo, come ricordo involontario, ruolo e funzione di "ponte" tra il presente e il passato, tra l'ora e l'allora, collegamento che costituisce il senso di costanza del Sé. Il riposo come funzione interiorizzante presuppone, per Correale (2007), due condizioni: la prima, che il contesto sia differente da quello quotidiano del borderline, di per sé persecutorio; la seconda, esso riguarda l'altro, la sua presenza, la costanza funzionale di riparatore della traumaticità di cui prima descritto, che lo rende «simile a quel genitore sempre presente» (2007, p. 82). In questo senso, e come si vedrà nel successivo esempio clinico, il paziente borderline è amplificatore attento di tutto ciò che accade e di ogni comunicazione in seduta. Esso è, come paziente, affamato di verità, come richiesta continua e incessante ("sii vero, vivo, fammi vedere", Correale, 2007, p. 250) del riconoscimento esistenziale della propria presenza al di là del nucleo di perdita che la connota. Il contatto con questa richiesta talora rabbiosa è ciò che Correale auspica non venga mai trascurato, nonostante quanta stanchezza possa scaturirne, «perché con questa presenza continua che loro ti chiedono è come se continuamente dicessero: "Ci devi essere, devi stare lì, devi farmi vedere quanto ci stai"» (2007, p. 250). Questo deriva specificamente dall'incapacità associativa del borderline propria del riposo, della

trasformabilità interna delle cose in immagini, pensieri, rappresentazioni, clinicamente rilevabile nella espressione sintomatica del “vuoto”. Il senso di vuoto è propriamente, per Correale, l’incapacità di formare qualcosa all’interno che sia propria, l’incapacità di rappresentare. È questa la difficoltà continuativa del Sé borderline, l’impossibilità del passaggio per far diventare “qualcosa” l’esperienza esteriore, di svincolarla da sé stessa e farla divenire realtà interiore stabile. Sintetizza Correale: «Questo è un elemento estremamente importante, perché il trasformare l’elemento esterno in rappresentabilità conferisce un senso di stabilità interiore alle cose» (2007, p. 239). La stessa espressione inglese *restlessness* come descrittore del borderline (tradotto in italiano come irrequietezza) è l’esatta trasposizione linguistica di *senza-riposo*. Per Correale, infatti, il concetto di riposo può essere considerato come elemento teorico chiave nella comprensione del paziente borderline. Nella clinica, per consentire a queste operazioni di avvenire, è fondamentale la presenza di un oggetto esterno, una figura (il terapeuta), che garantisca il senso di tranquillità, di racconto, «per cui noi ci possiamo riposare» (2007, p. 240). Così si esprime Correale: «È come se il riposo non possa avvenire completamente in solitudine, ma debba avvenire alla presenza, magari interiore, meglio ancora se esterna, di una persona che ci dica: “riposati pure, ci sono io caso mai che sto sveglio; adesso riposati, adesso sogna”» (*ibidem*). La funzione di riposo garantita dallo psicoanalista è la funzione di rappresentabilità.

5.1 «Vivendo lungo il border», Agostino Racalbutto

In questo articolo del 2001 di A. Racalbutto (2001) in cui è riportata l’analisi con due pazienti borderline, si evidenziano “i limiti dell’interpretazione nella rappresentazione del limite” (titolo dell’omonimo articolo a cura di Bombieri et al., 2007). Introducendo l’argomento, Racalbutto delinea il quadro di funzionamento teorico-clinico del paziente borderline, del quale sottolinea le modalità di indifferenziazione e dipendenza rispetto all’oggetto, disturbi dell’identità e angoscia che viene scaricata tramite l’oggetto esterno al posto di essere elaborata psichicamente, in corrispondenza di “vuoti” rappresentazionali. Entrando nel dettaglio della dinamica controtransferale rispetto al paziente X in questione, “trentenne sfiduciato della vita”, Racalbutto descrive la sensazione, frequentemente avvertita, di fastidio fisico generato da una persistenza ingombrante e scomoda. Questo vissuto viene ipotizzato collegarsi alla modalità di funzionamento prevalentemente somatica del paziente, il quale scarica l’angoscia tramite l’abuso di sostanze stupefacenti e alcol, la cui conseguenza eccitazione somatica garantisce il sentimento di esistere. Segno della carenza di limiti autocontenitivi è proprio questa manifestazione di dipendenza dal “concreto”: «alla dipendenza negata segue una tossicodipendenza» (Racalbutto, 2005), il corpo del tossico instaura una dinamica anti-elaborativa attraverso una esperienza abusante.

La dinamica di analisi che Racalbutto descrive è quella che viene a verificarsi successivamente all'affermazione perentoria, durante una seduta, del desiderio del paziente di interrompere l'analisi: «Non la voglio più come analista». Questo rifiuto ha come conseguenza, nell'analista, un estraniamento momentaneo, un sentimento di “vuoto”, un ritiro narcisistico oniroide succeduto poi dal perdersi nei propri ricordi di bambino, tra i quali emerge l'immagine del «nido d'aquila»: quello anche definito *finisterrae*, un punto sull'Etna dal quale è possibile ammirare la vastità del paesaggio all'orizzonte. In questo “stare” sognante avviene una totale perdita dell'orientamento spaziale e temporale, dei “limiti”, per cui solo dopo mezz'ora l'analista è riportato alla realtà del setting dalla sollecitazione del paziente: «Ma dov'è? Mi ha sentito?». Questo viene collegato all'affermazione precedente del paziente, e dunque riportato rispetto al suo vissuto interiore, come un suo possibile inconscio desiderio di avere anche lui un *finisterrae*, uno spazio in cui rifugiarsi ed essere solo e senza limiti. Questo sarebbe impedito da una eccessiva presenza dell'analista che, dunque, verrebbe rifiutata (affermazione iniziale del paziente, «non la voglio più come analista»). In altri termini, l'immagine evocata dalla capacità iconica dell'analista sarebbe dunque una rappresentazione controtransferale del desiderio di isolamento del paziente. L'immagine contribuisce all'emergere di nuove emozioni inserite nel flusso relazionale, «nella dimensione di una nuova costruzione di senso, in un'ottica non lineare di causa-effetto, ma di complessa apertura a nuovi piani di simbolizzazione» (Boccaro, 2005). Da esse partono altri pensieri, i quali, a loro volta, ne generano altri.

Rispetto a questa esposizione, infatti, il paziente risponde calorosamente esprimendo il desiderio di sapere di più dell'analista, e della sua vita, nell'affermazione «io vorrei la vita»: è questo il *limen* che sancisce il punto d'incontro di due esseri umani in quanto tali, punto di incontro in cui il conosciuto pensato (soggetto) incontra il “conosciuto non pensato” (Bollas, 1987) fino a quel momento separati. L'intimo contatto con questa immagine onirica-vissuto emotivo determina una svolta fondamentale all'analisi con questo paziente, derivata proprio dall'aver “prestato” una parte della propria storia per significare e riportare a una rappresentatività qualcosa di affettivamente privo di senso, uscendo da una area anonima in cui l'apparato psichico del paziente era “ibernato”.

A partire da questa vignetta clinica Racalbutto (2001) definisce il funzionamento psichico al limite proprio come quel funzionamento che pone come sua necessità il travalicare dei limiti che l'analisi impone. Il concetto di limite in analisi è sia quello della pulsione (concetto limite tra lo psichico e il somatico) sia dello psichico in quanto tale. Racalbutto, infatti, delinea il concetto di limite a livello intrapsichico come il confine ma anche *collegamento* posto tra le varie istanze, che più che essere con funzione demarcativa (inattiva), è una *zona di elaborazione psichica*, di passaggio e connessione (attiva) tra esse. Dal punto di vista relazionale, le zone di confine rimandano alla differenziazione rispetto all'oggetto, alle linee demarcative esterno- interno, quindi nell'accezione di *limen*, frontiera,

fra due entità confinanti. Tutto l'apparato psichico rimanda al concetto di limite, sia in termine di confine che di zone di elaborazione. Racalbuto (2001) prende quindi in considerazione l'aspetto psicopatologico della condizione borderline, come originata da un difetto di costituzione della barriera di contatto (Bion, 1962), la quale deriva primariamente dalla funzione alfa materna, e che determina uno scarso funzionamento dei confini dell'Io, instabili e precari. La carenza di identità e il senso di spaesamento deriverebbero da una difettosa integrazione di aree diverse e di una base solida su cui i confini possano costituirsi, sempre minacciata dall'emergere di un fondo irrepresentabile. Rispetto alla problematica dell'identità, si può parlare per Racalbuto (2001) di un'assenza o di scarso sviluppo di un Edipo strutturante, per cui non si avrebbe il conflitto pulsionale quanto piuttosto una indifferenziazione tra un polo di rifiuto, insufficiente investimento e ritiro depressivo, e un altro di sollecitudine estrema, investimento narcisistico e possesso oggettuale.

Dal momento che l'esperienza del limite (limite della cura, limite della conoscenza, limite dello psichismo, etc.), dello spaesamento, del vuoto è una condizione che può a vari livelli, accompagnare tutte le esperienze umane, è anche una condizione ineludibile dell'analisi. In questo senso, Racalbuto (2001) sostiene l'ipotesi che un estraniamento, in senso di distanziamento dalla realtà fisica, costituisca un momento fondamentale per la creatività del pensiero, una condizione che possa potenzialmente giungere al ritrovamento di una parte di Sé, e per questo generativa. Il vuoto come esperienza condivisa si trasforma in mancanza, apre la strada al simbolo, come possibilità di trasformazione per l'analizzando della condizione precedente di assenza di significato a una di mancanza di significato: nell'assenza non vi è alcuna ricerca, nella mancanza si cerca ciò che manca. Questo si evidenzia nel passaggio dall'assenza, centro della prima domanda del paziente «Chi sono io?», alla mancanza, nucleo della seconda domanda «Dove sei?», richiesta e, al contempo, ricerca di ciò che è mancante, ciò che *manca* ma non è assente (in quel momento, l'analista sul *finisterrae*).

È qui possibile collegarsi a Luchetti (2002), il quale parla di un analista che alimenta la "raffigurabilità" (*Darstellbarkeit*) a proposito del *doppio visivo* del sogno: «questa tessitura di legami figurabili che convergono in un'attualizzazione allucinatoria, in una figura ibrida tra rappresentazione e percezione, è necessariamente il frutto di un lavoro in doppio in cui uno psichismo riflette mediante una capacità percettiva primitiva, immediata, paragonabile alla percezione endopsichica di un sogno, ciò che nell'altro è solo potenziale» (2002, p. 480). Il lavoro in doppio è un processo analitico presentato anche nel lavoro di Marco La Scala (2017), in particolare facendo riferimento alla definizione data da Botella e Botella (2001) che lo descrivono come: «Il doppio emergerebbe di fronte alla paura della morte psichica, di fronte al rischio di *non rappresentazione*, che è in pari tempo una non percezione, [...] da cui l'impulso verso una rappresentazione allucinatoria del soggetto stesso (doppio) nel suo sogno» (2001, p. 90).

È proprio nel transfert-controtransfert che questo si rende possibile: nella condizione al limite tra dentro e fuori, tra sé e altro, è possibile lo spaesamento, lo «sconfinamento».

Per quanto riguarda i pazienti borderline, sappiamo che la risposta loro propria allo spaesamento è lo stato dissociativo: Racalbutto (2001) riporta il contributo di vari autori su questa affermazione (Kernberg, Hartmann, Kris), sostenendo come la realtà psichica affettiva non si delinea sulla base di una convergenza tra varie aree che complessivamente definiscono il soggetto della vita psichica, bensì l'esperienza della realtà esterna è connotata, come specchio di quella interna, dall'emergere di numerosi elementi frammentati incapaci di costituirsi in modo coerente, testimoniando così una carenza del soggetto. Dunque, nella dissociazione tipica del funzionamento al limite, secondo Racalbutto, si può ritenere esista una connessione con la difficoltà integrativa ed elaborativa dell'affettività, sempre in cerca di un legame rappresentativo, che genera nel suo fallimento angoscia traumatica (Freud, 1925) che porta a una "scarica" nella tendenza all'agito e alla impulsività.

Rispetto a questo Racalbutto (2001) riporta un'altra vignetta clinica, del paziente B., l'analisi e le sedute si caratterizzano per l'attenzione al discorso e sulla sua insistenza al particolare, il dettaglio sembra essere in grado di assorbire il paziente per intero sedute in sostituzione di una visione globale della relazione (ad esempio, il racconto di un brano recentemente letto, una bicicletta, un suono, un'alba). Nell'assenza di un dato percettivo su cui concentrarsi, il paziente avverte un insopprimibile dolore che lo porta, fuori dalla seduta, all'agito (aggressività autodiretta, abuso di alcol).

Racalbutto evidenzia come il proprio tentativo interpretativo, in quanto analista, di creare associazioni in corrispondenza di queste *sineddoci* (parti per il tutto) integrandole in un quadro più globale, fossero delle semplici ingiunzioni intrusive che altro non svolgevano se non una evidenziazione dei buchi presenti nel paziente e della sua incapacità di creare qualcosa di più di «mozziconi di pensiero». Si rende necessario allontanarsi dai processi secondari di pensiero per sostituirli con una maggiore partecipazione affettiva a questi «guizzi di vita» che il paziente porta in analisi. Scrive Racalbutto (2001):

«Mi accorsi in altre parole che se cercavo di fargli rimangiare la dissociazione fra un particolare ipertrofizzato e il resto della realtà denegato non avrei mai potuto essere e farmi sentire dalla sua parte: cioè dalla parte della sua manovra dissociativa, tesa a evitare di vivere la confusione in cui profondamente si trovava, stante la sua carenza di integrazione» (2001, p. 10).

L'analista deve svolgere la funzione originaria di *rêverie* della madre, che permetta al paziente di sentirsi compreso e non giudicato.

Dunque, il riconoscimento delle modalità del paziente, al posto della loro mortificazione, ha come conseguenza quella di *sostenere* una scissione che, altrimenti facendo, avrebbe impoverito altre aree psichiche. Questo si mostra in linea con quanto osservato da Green (1990): il lavoro di collegamento, per essere efficace, deve essere superficiale e non “martellante”, in quanto «le interpretazioni profonde e sistematicamente transferali non hanno che il potere di rafforzare la scissione» (1990, p. 290). Un punto di accordo in questo senso si ha anche nella prospettiva di M. Recalcati (2010):

«Bisogna incarnare, in questi casi, come analista, un Altro diverso da quello reale che il soggetto ha incontrato nella sua storia [...]. Con questa nuova incarnazione si tratta innanzitutto di dire ‘sì!’ al soggetto; dunque, incarnare un Altro che sappia non escludere, non cancellare, non rifiutare, non azzittire, non riempire, non soffocare, non tormentare il soggetto; [...] In questo senso si può affermare che la rettificazione dell’Altro è finalizzata a implicare il soggetto in un legame, ovvero in una relazione di transfert con l’Altro» (2010, p. 287).

In questo caso portato da Racalbutto (2001), l’analista è riuscito a dissociarsi: una dissociazione propria dell’analista che non è assimilabile a quella dei casi limite, bensì a una “*attitudine libidico affettiva*” di tolleranza di una irrepresentabilità che è vero preludio di qualunque possibile successiva significazione. La tendenza all’agito di questi pazienti non deriva tanto da una angoscia di castrazione o di conflitto ambivalente, ma una più globale angoscia di minaccia all’esistenza, di caduta nel vuoto. Questo in linea con quanto espone Green circa l’assenza dell’area transizionale e il rifiuto della co-presenza me-non me come “rifiuto negativo della scelta: *né...né*” (Green, 1977, p. 41) come verrà esplicitato più avanti. Rispetto, infine, alla definizione teorico clinica degli stati limite, Racalbutto recupera la definizione di Kernberg (1984) di «sindromi marginali» evidenziandone un’altra accezione, cioè quella di marginalità dello psichismo, e non tra nevrosi e psicosi: al limite, in altri termini, della comprensibilità di aree inconscie e irrepresentabili. Questa marginalità non è propria solo della condizione del paziente: essa obbliga, sostiene Racalbutto (2001), *l’analista stesso* a fare i conti con la propria irrepresentabilità, col nucleo più profondo di Sé. Oltre che all’importanza delle varie teorie e modelli psicoanalitici della condizione del borderline, si rende necessario *vivere il border*, accogliendo il funzionamento psichico al limite all’interno di sé stessi. Occorre lavorare il controtransfert, permettere al paziente di trasferire non «*su* di noi ma *in* noi» la sua “follia privata” (Green, 1990), questo trasferimento necessita di una capacità generativa dell’analista di ritrovare al proprio interno la distinzione e l’equilibrio tra soggetto e oggetto e una area terza che li renda distinti. Dunque, afferma Racalbutto (2001), il paziente caso limite più che proiettare un ruolo transferale vero e proprio nell’analista lo «colpisce nel suo *essere*», non c’è la dimensione del “come se”, tutto è attualità, il paziente agisce sull’analista colpendo la sua capacità di pensare, e di conseguenza il lavoro opportuno non è una elaborazione della reazione controtransferale ma, al contrario, una autoanalisi

del proprio Io, soprattutto a livello preconsciouso. L'Io e il registro borderline hanno in comune, infatti, l'essere frontiera, il costituirsi come spazi delimitanti necessari alla costituzione soggettuale. Questi pazienti suscitano, come evidenziato dall'articolo di Racalbuto (2001) stesso, intensi sentimenti controtransferali (rabbia, odio, aggressività), ma occorre cercare di sospendere la funzione interpretante secondo il modello del conflitto e delle difese, la quale potrebbe essere una reazione e non una elaborazione controtransferale: la funzione analitica deve rispondere, in questo senso, a esigenze diverse e nuove di connessione preconsciousa tra la vita e la morte psichica, tra soggetto e oggetto, tra rappresentato e non rappresentabile.

In questo senso, se l'analista riesce a "stare" lungo il *border*, a ricostituire una continuità dell'essere e, senza soccombere, fungere da Io ausiliario, riesce a raggiungere le zone intermedie di elaborazione psichica utilizzando dei territori del Sé al limite della differenziazione e indifferenziazione, della rappresentabilità, e spesso vissute a livello somatico. Di conseguenza, si avrà un abbattimento del "muro" narcisistico e l'esperienza di un dolore simile al *Hilflosigkeit* infantile in relazione alla percezione dell'assenza dell'oggetto, e insieme delle proprie mancanze. Si tratta di una vera neonatalità psichica da cui possono derivare il desiderio per la vita e l'accoglienza di un "vuoto" stavolta intriso di vita.

5.2 Spazi e limiti psichici: Marco La Scala

La Scala (2012) riprende Green (1991), nella sua descrizione dei pazienti al limite, di cui descrive i confini come caratterizzati dalla presenza di un'angoscia di intrusione o da un totale disinvestimento, in cui la pulsione non si traduce in desiderio. Questi elementi rivelano una «*identità di percezione*», ovvero la ricerca di un oggetto che debba essere sempre lo stesso, nel rifiuto di qualsiasi sua forma di simbolizzazione.

La Scala (2012), nel suo libro *Spazi e limiti psichici*, distingue, come visto, un lavoro sul *confine* ed un lavoro sulla *frontiera*, utilizzando i due termini come potenziali metafore di come si distinguono i funzionamenti psichici nell'area del limite.

Nella costituzione dell'individualità del bambino, in particolare nell'instaurarsi di un *cum* (insieme) *finis* (termine) durante gli stati primitivi dello sviluppo, possiamo parlare di un essere tutt'uno con l'oggetto (Winnicott) riferito al Sé, piuttosto che all'Io. Anche Gaddini (1980) fa riferimento al Sé totale madre-bambino costituentesi come origine del confine individuale, nei termini di progressiva acquisizione di uno "spazio concluso del Sé". Rispetto a stati di eccessiva indifferenziazione soggetto-oggetto, si rende necessario per La Scala un lavoro sul confine, che contempli la necessità di consolidare il confine nella sua doppia funzione di legame e slegame, di unione e di separazione.

Quando l'analista si trova in queste aree di relazione col paziente deve rinunciare a una significazione e operare in senso di rispecchiamento che, come sostiene McDougall (1982), fornisca una immagine "arricchita" dal proprio sguardo. Questo come prova del fatto che il soggetto è necessario alla costruzione dell'oggetto e che nel Sé "non può che esserci una quota dell'altro" (Racalbutto, 2010, p. 534). Questo in analisi può avvenire tramite una trasformazione (funzione di rêverie dell'analista), di ciò che il paziente trasmette in via trans-psichica per una forma intersichica di comunicazione, solo dopo un tempo sufficientemente lungo affinché il paziente si senta "riflesso".

Bolognini, infatti, distingue il transpsichico dall'intersichico, descrivendolo come quel passaggio di elementi che avviene in assenza di un'area transizionale che possa fornire una elaborazione propria di ciò che proviene dall'Altro. Si tratta di una comunicazione che avviene attraverso (*trans*) soggetti e non tra di loro, si caratterizza per l'irrigidimento della barriera psichica.

Il lavoro sulla frontiera, al contrario, avviene sulla soglia di soggetto e oggetto a livello intersichico, quando il paziente ha interiorizzato la funzione rispecchiante dell'analista. L'area di transizione è per Winnicott ciò che contiene in nuce lo sviluppo dei fenomeni transizionale propriamente detti. Con essa, La Scala vuole indicare un'area di differenziazione me-non me che, deprivata di transizionalità, è destinata ad essere una totale e confusiva sovrapposizione Sé-oggetto o al contrario, caratterizzarsi per una distanza incolmabile e altrettanto irrapresentabile. L'area di transizione è anche il luogo delle angosce che Winnicott (1971) chiama "agonie primitive" originate dall'insicurezza di limiti transitabili.

Rispetto a questi pazienti, per i quali è necessario prima il costituirsi di un confine inteso come involucro psichico, l'analista si trova a svolgere un transfert che Winnicott (1985) definisce «ambientale», proprio in merito alle manifestazioni sintomatologiche di agorafobie e claustrofobie, ed alla percezione dello spazio come limite ed estensione dei confini dell'Io, di cui adesso verrà approfondito.

5.3 Spazi al limite: l'agora-claustrofobia

Come La Scala (2012) afferma in merito allo spazio transizionale, riprendendo la teorizzazione di McDougall (1988), nei pazienti incapaci di sviluppare tale funzione, si verificherà una sostituzione del vero oggetto transizionale con un Altro, o con un oggetto che garantirà la sensazione di essere vivi e colmare il vuoto. Questa area di transizione è anche il luogo, come prima detto, "delle agonie primitive" (Winnicott, 1971), quelle degli attacchi di panico e dell'agorafobia. Winnicott (1971), con la teoria dell'area intermedia, la quale non coincide né col Sé né con l'oggetto, ha modificato la concezione di separabilità interno-esterno spostando l'attenzione sul rapporto tra contenitore-

contenuto. Inoltre, per quanto riguarda l'aspetto meramente clinico, egli descrive la necessità per questi casi di un transfert definibile "ambientale", nel senso di un analista inteso come ambiente che svolga la funzione di confine e di involucro psichico rispetto ad un eccesso di eccitamento, permettendo così l'iscrizione rappresentazionale (Anzieu, 1985). Questa funzione di involucro psichico è particolarmente importante nelle condizioni che La Scala (2012) definisce patognomoniche di altre condizioni psicologiche: nell'agorafobia, in particolare, come interiorizzazione dell'altro come «estensione del limite di sé» (2012, p. 53).

Le funzioni materne passano sia dal contatto pelle-pelle, afferma La Scala, sia attraverso l'*handling* (Winnicott) cioè la stimolazione tattile, che consente la percezione nella duplice direzionalità interno-esterno ed esterno-interno costituendosi come interfaccia. Scrive Freud (1922): «Il corpo e soprattutto la sua superficie, è un luogo dove possono generarsi contemporaneamente percezioni esterne interne. È veduto come qualsiasi altro oggetto, ma alla palpazione dà luogo a due specie di sensazioni, una delle quali può essere equiparata a una percezione interna» (1922, p. 488). Infatti, secondo quanto viene precisato in *Al di là del principio del piacere* (1920), le percezioni del sistema P-C non deriverebbero soltanto dall'esterno ma anche dall'interno del corpo e questo processo consente una connessione spaziale dei due elementi: allo stesso tempo, dice Green (1990), ne garantisce una distinzione e un nesso, di natura bi-facciale, e conferisce all'Io corporeo la funzione di rappresentazione di questa percezione duplice. Nei pazienti borderline, si ha spesso l'espressione di sensazioni corporee o impressioni somato-psichiche originarie, assimilabili alle concettualizzazioni di Racalbutto (1994) circa l'"affetto-sensazione" di cui sopra discusso, privi di forma raffigurabile. Anche l'analista, sostiene La Scala (2012), può subire e trovarsi collocato in sensazioni fisiche dell'ordine agora-claustrofobico. La capacità dell'analista si concretizza con il confronto in seduta di qualcosa di molto più profondo dell'inconscio rimosso, e che risiede "obliato" nel corpo, da cui origina una decostruzione di schemi in esso ancorati. Considerazioni di esempi clinici sono la paziente A., la quale riporta la sensazione di essere sospesa nel vuoto, di muoversi come se fluttuasse.

È importante, per La Scala (2012), sottolineare la differenza sostanziale che sussiste tra le fobie "spaziali", che sottendono i sintomi agoraclaustrofobici, e le fobie classiche. Infatti, l'angoscia che deriva dallo spazio come spazio aperto è sostanzialmente una forma molto meno strutturata della conflittualità sottostante alle fobie propriamente dette, basate sul meccanismo della rimozione. In definitiva, è proprio il fallimento di tale meccanismo di difesa che conduce alla reazione all'oggetto fobico, presente ritrovato nel mondo esterno, collocabile precisamente e in un punto spaziale definito, in quanto *oggetto*. Nelle fobie spaziali, al contrario, non vi sarebbe un contenuto rimosso interno, riattivato dalla presenza esterna, ma sarebbe la natura stessa dell'Io del soggetto, in quanto involucro e contenitore, ad avvertire la minaccia alla propria integrità. Freud (1938) afferma che: «Lo spazio

può essere la proiezione dell'estensione dell'apparato psichico» (1938, p. 566), nei pazienti con disturbi agora-claustrofobici è importante che l'analisi tenga conto della proiezione dell'estensione dell'apparato psichico allo spazio, come definizione del confine della struttura stessa dell'Io. In questi pazienti, l'angoscia riferita al vissuto traumatico è sempre latentemente presente, ed è dunque indicativa, per La Scala (2012), della precocità dell'esperienza traumatica stessa. L'agorafobia, dunque, come secondo tempo del trauma, come *apres coup*, diviene il tentativo di dare forma e spazio a qualcosa di indefinitamente spaventoso, attraverso uno spostamento dall'interno dell'Io all'esterno. Il punto, come sottolineato da Winnicott (1963), è quello di pazienti che non riescono a continuare a essere senza la paura di sperimentare (o sperimentare di nuovo) il “crollo psichico”. Spesso il sintomo agorafobico compare in soggetti adulti, o giovani adulti, in modo improvviso, o solo apparentemente improvviso, in quanto l'angoscia percepita può essere la manifestazione subitanea e contestuale in conseguenza del fallimento del diniego o della scissione controfobici fino ad allora mantenuti, ma interrotti dalla spinta all'integrazione ed alla mentalizzazione. Spesso, come sottolinea La Scala, sono sintomi che compaiono in pazienti con struttura borderline durante il percorso analitico. Come espresso da Gaddini (1978): «La difesa agorafobica è un modo primitivo di distinguere lo spazio esterno dal Sé e quindi un tentativo di raggiungere un senso difensivo di identità» (La Scala, 2008, p. 86). In questi casi è possibile verificare un'oscillazione tra i due poli opposti, quello agorafobico e quello claustrofobico, ed è proprio la mancanza di soluzione di continuità tra i due poli a caratterizzare l'Io diviso di questa tipologia di pazienti. In essi, infatti, la barriera di censura che mantiene l'esterno separato si infiltra all'interno dell'Io e ne consegue che, come descrive La Scala (2012) nel caso di E., il costituirsi della barriera interno/esterno divide l'Io stesso nella sua unitarietà. Il paziente in esame, di cui precedentemente accennato nell'elaborato, di caratterizza per lo spostamento continuo tra i due poli agora-claustrofobici, nella successione di ripetute fughe da entrambe le dimensioni che possono essere viste metaforicamente allontanamenti-avvicinamenti in atto nel transfert dell'analisi stessa. L'angoscia manifestata dal paziente inizia a verificarsi a seguito del lutto per la morte del padre, all'inizio dell'analisi, connotata da un affiancamento con terapia farmacologica, si ha la presenza di angosce di non integrazione, con la sensazione di essere disperso e debole, frammentato nella propria precarietà e alienazione disorientante. Durante la terapia si verifica il passaggio a un'angoscia di integrazione, che porta a vissuti di natura claustrofobica, delineando i due volti della coppia di opposti privi della possibilità di continuità, come stati emotivi antitetici. A livello controtrasferale, l'analista descrive vissuti intrusivi come il profilarsi di una alterità possibile con il procedere dell'analisi, che viene “perversamente negata”. Dunque, essa costituisce uno spunto per l'analisi della scissione condensata nei poli attivo/passivo e Sé/altro del paziente, e attraverso essa, si costituisce la possibilità di accedere ai nuclei (fino a quel momento irrepresentabili) omosessuali e

incestuosi presenti nel paziente. In questo si realizza l'investimento e la rappresentazione dell'oggetto con una quota di spazio progressivamente maggiore in cui vivere senza l'angoscia agorafobica. E. fa così spazio dentro di sé, liberandosi da nuclei di onnipotenza fallica persecutoria e generando un senso di "ariosità" che consente l'emersione di aspetti del Sé naturale e, insieme ad essi, del piacere ritrovato nella forza e libertà trasmessa dagli spazi aperti incontaminati: colline, campagna, boschi. Proprio quegli spazi resi impossibili e lontani dalla fobia. Il lavoro, dunque, è stato duplice: su una collocazione intrapsichico interno/interno per re-integrare la scissione, e sul registro spaziale esterno/interno come possibilità di scardinare un funzionamento psichico prevalentemente incentrato sulle percezioni, a scapito del preconcio e del sistema rappresentazionale. Era proprio la minaccia percepita dallo spazio esterno il sintomo di E., nonostante i nuclei perversi relazionali e la scissione mantenuta nell'Io. Elaborando la scissione, afferma La Scala (2012), si è potuto elaborare la sensazione di *vergogna*, di essere esposto e non protetto, con una pelle superficie dell'interno/esterno, che con il suo arrossire e sbiancare, segnala la sua trasformazione. Le trasformazioni che avvengono nell'intrapsichico sono in connessione con quelle che avvengono nell'interpsichico e nell'esposizione ad esso ora possibile. Per concludere, nella situazione clinica descritta, si è vista una impossibilità di organizzare adeguatamente le funzioni rappresentative dell'Io-pelle (Anzieu, 1985) nella funzione di contenere un interno, e allo stesso tempo di costituire un'interfaccia che segna il limite e protegge dall'esterno, dalla intrusività altrui. In E., in cui l'estraneo non è solo fuori ma anche dentro, è il dentro a doversi proteggere: in questo caso, la teoria del "doppio limite" di Green (1990), tra il dentro e il fuori, e tra due parti dello stesso dentro, vede la sua realizzazione concreta.

Il confine-limite come oggetto di manovre difensive è l'espressione dell'assimilazione al Sé o dell'estensione di Sé (Gaddini, 1980). La Scala (2008) denomina tali processi *fenomeni di confine*, descrivendoli con altri esempi clinici derivati dalla sua esperienza, come delle manifestazioni di particolari senso-percezioni avvertite «con sorpresa» dal paziente, che indicano l'esposizione e la ridefinizione del Sé per quanto concerne i suoi confini, ed anche una riformulazione dell'Io nei termini dei suoi investimenti tra territori psichici e non.

Queste senso-percezioni, di cui si è parlato in precedenza, si esprimono solo in momenti successivi all'inizio dell'analisi, in quanto originariamente incistate nel corporeo, evidenziando in questo senso la possibilità di interiorizzazione di un contenitore che permetta il passaggio da un'esperienza psichica ai limiti della *raffigurabilità*, sia per l'analista che per il paziente. Occorre qui fare una breve digressione sul concetto di raffigurabilità, come *Darstellbarkeit* onirica in Freud (1988), dalla psicoanalisi contemporanea sempre più utilizzata come francesismo della *figurabilité* la cui traduzione è raffigurabilità. La definizione corrisponde a un lavoro psichico trasformativo non solo onirico, ma anche della veglia e del sognare ad occhi aperti. Scrive infatti Freud (1899), nel capitolo

VII de *L'interpretazione dei sogni*: “Se chiamiamo progressiva la direzione nella quale il processo psichico procede dall'inconscio, durante la veglia, possiamo dire del sogno che esso ha un carattere regressivo, [...] ma *questa regressione non appartiene solo al sogno, infatti, anche il ricordo intenzionale e altri processi parziali del nostro pensiero corrispondono nell'apparato psichico al regredire di qualche complesso atto rappresentativo verso la materia grezza delle tracce mnestiche su cui esso si basa*” (1899, p. 495, corsivo aggiunto). La figurabilità esiste dunque come tendenza generale che si distingue dalla semplice immagine, come forma visibile della rappresentazione, in quanto funzione di espressione del sessuale infantile attraverso questa via regrediente dello psichismo.

Essa è descritta da César e Sara Botella (2001) in termini di “regredienza” a far convergere in un dato momento stimoli interni ed esterni in una sola unità, che non appartiene solo al processo onirico appunto, ma anche «il ricordo intenzionale e altri processi parziali del nostro pensiero normale corrispondono nell'apparato psichico al regredire di qualche complesso atto rappresentativo verso la materia grezza delle tracce mnestiche su cui esso si basa» (Freud, 1900, p. 495). Questa raffigurabilità, basantesi sulla regredienza, “è *una tendenza generale che governa la totalità della vita psichica*” (Botella, 2002, p.1189, corsivo aggiunto), non è una semplice immagine, bensì lavoro di integrazione della eterogeneità degli stimoli presenti nella simultaneità allucinatoria. Essi sono definiti da A. Ferro (1992) con l'espressione di “fotogrammi onirici”, in qualità proprio di pittogrammi visivi: «fenomeni intermedi tra il sogno vero e proprio e l'allucinazione, definibili come flash o come immagini oniriche proiettate all'esterno» (1992, p. 126). Egli li considera alla stregua degli elementi alfa che «vengono posti sequenzialmente a costituire il pensiero onirico della veglia, che ci accompagna in tutte le operazioni diurne senza che ne siamo consapevoli» (Ferro, 1996, p. 82). Per i Botella (2001), la capacità psichica di legare elementi eterogenei in una dimensione simultanea atemporale ha un valore “anti-traumatico” nella cura.

In definitiva, secondo La Scala (2012), si tratta di interfacce, confluenza di senso percezioni e lo psichico del soggetto immerso nel campo relazionale che attraverso la *rêverie* dell'analista possono configurarsi come elementi pensabili, andando a costituire la “barriera di contatto” (Bion, 1962). Per questo motivo queste immagini portate dai pazienti possono costituire i «tasselli costitutivi dell'Io» come contenitore psichico. È indicativo come questo tipo di funzionamento utilizzi con una certa frequenza l'esteriorizzazione con lo scopo di esercitare un controllo onnipotente sulla realtà. L'importanza dei fattori proiettivi è stata messa in evidenza da Chabert (2006), come tentativo di supplire alla propria realtà interna. Per quanto riguarda l'esame di realtà, infatti, si evidenzia come vi sia, sia per la nevrosi che per la psicosi, il problema della perdita di realtà e del suo sostituto.

La Scala (2012) sottolinea come il funzionamento al limite sia caratterizzato dall'oscillazione mutevole dell'esame di realtà e la continua interrogazione della realtà stessa a causa della continua proiezione di fantasmi interni. Il legame con la realtà è mantenuto come una «lotta senza fine», come sofferente dipendenza dagli eventi e, allo stesso tempo, produzione degli stessi, in quanto «la mente non gode di sufficiente statuto di autonomia nell'operare e di conseguenza mancati pensieri vengono sostituiti dall'agire e dal “ripetere” nella forma di coazione» (2012, p. 107). Rispetto ai vissuti di espulsione evacuativa e proiezione sulla realtà esterna, Pontalis (1977) afferma che i pazienti utilizzano la realtà esterna per supplire al vuoto interno, non come gli psicotici, che espellono in dentro nel fuori, o come la messa in scena fantasmatica dell'isterico, ma piuttosto «essi trovano la loro scena psichica nel mondo esterno, essi hanno bisogno di qualcuno che attui una messa in scena per sentirsi di esistere» (1977, p. 158).

Infine, per quanto riguarda i pazienti meno gravi o coloro i quali sono inseriti in un percorso psicoanalitico, in una fase in cui è presente un accesso alle costruzioni simboliche e ad un'area transizionale, come funzione comunicativa dell'identificazione proiettiva, in vece del suo ruolo annullante, La Scala afferma che essi potranno esprimersi con: «Lei penserà che...» (2012, p. 107). Tale espressione denota proprio la possibilità del riconoscimento dell'altro, di un pensiero altro.

Questa modalità di porsi in relazione all'analista apre una via verso il passaggio dall'identificazione proiettiva alla proiezione, nell'ottica evolutiva di Kernberg (1987). Secondo l'autore, la prima si caratterizza per una indifferenziazione sé-oggetto, la seconda, al contrario, è evolutivamente successiva e caratteristica del funzionamento nevrotico, si basa su una struttura dell'Io centrata sulla rimozione come difesa nucleare. È proprio la costituzione dei confini che rende possibile questo passaggio. Il paziente, infatti, con la proiezione ha a che fare con un conflitto, un abbozzo di confine tra sé e altro che presuppone un movimento tra il proprio interno e quello dell'altro «dove proprio le manovre e le difese volte a evitare il conflitto sanciscono però l'esistenza e l'assunzione del conflitto stesso: “lei penserà che...”» (La Scala, 2012, p. 108). Questa area assume le caratteristiche di spazio transizionale in quanto scambio tra interno ed esterno e, tuttavia priva di coincidenza con entrambi. Il Sé diventa capace di percepire l'oggetto in modalità differenziata da una totale adesione al Sé, nonché all'oggetto reale. L'analista diviene quell'oggetto soggettivo che il paziente può introiettare con la funzione rispecchiante dell'analista, l'oggetto transizionale è e non è la madre, ed «ha un valore in quanto è e non è il Sé» (2012, p. 108).

5.4 Percepire, allucinare, immaginare: Viola

La Scala, in *Percepire, immaginare, allucinare* (2017), riprende il problema relativo alla costituzione dell'area transizionale come spazio al confine tra il Sé e l'altro, e come zona di trasformazione tra la

spinta integrativa a creare legami e significazione e l'attivazione della protezione para eccitatoria come forme patologiche di costituzione dell'area psichica. Nei pazienti borderline, al posto di questa area transitabile si istituisce, come visto, una *barriera psichica impenetrabile* che è all'origine delle scissioni patologiche alla base dei meccanismi di divisione interno-esterno propri dell'agora-claustrofobia. Le scissioni patologiche dimostrano la difettualità nella capacità rimovente.

L'esempio clinico preso in considerazione per l'analisi dello sviluppo del processo di soggettivazione appartiene ad una paziente con struttura borderline (Viola), il quale percorso psicoanalitico, diviso in quattro fasi, permette di accedere a un lavoro in doppio (precedentemente citato) e risulta particolarmente esemplificativo per il suo progressivo determinarsi. La dimensione analitica sperimentata da Viola come bisogno di rispecchiamento permette all'analista di divenire uno schermo dell'Io della paziente stessa e, restituendo immagini e rappresentazioni, le consente l'interiorizzazione di questa funzione.

Durante quello che viene descritto essere il primo periodo di analisi, emerge la modalità della paziente di difendersi dall'angoscia, mantenendo rigidamente "intatte" le linee delle mattonelle che calpesta, rispetto alle quali dice, usando impersonalmente il verbo, "la linea non *si* deve interrompere". Al momento di entrare nella stanza di analisi, si ferma sulla soglia, costituita da un pavimento chiaro di marmo, e lì attende il contatto con la mano dell'analista, che mantiene per il tempo necessario a transitare camminando dall'esterno all'interno della stanza. Al momento di recarsi in città per le sedute, si dimentica chiavi e portafogli a casa della madre, quando torna a casa le capita di lasciare il cancello aperto, o la macchina in folle senza freno, nonché di perdere i biglietti autostradali necessari durante il viaggio, tutti agiti o atti mancati che testimoniano, per La Scala (2017), che Viola «non era in grado di separarsi e di riunirsi, che la separazione era vissuta come definitiva e comportava una perdita *anche della sua identità*» (2017, p. 43, corsivo aggiunto). Questo spasmodico tentativo di eliminare le evidenze dell'analisi, degli spostamenti, può essere funzionale al mantenimento dell'illusione di non essere ed essere allo stesso tempo ovunque, e tornare e venire dovunque invece di collocarsi in un percorso, nella pretesa di ripristinare una condizione indifferenziata in un mondo privo di antitesi.

Il secondo periodo è connotato dall'interruzione dell'analisi e dalla contemporanea frequentazione di un ragazzo, il quale ha due caratteristiche: lo stesso nome dell'analista, Marco, e, per quel lasso di tempo, immobilizzato e quasi totalmente fasciato a causa di ustioni e lesioni procuratesi a seguito di un incidente. Quando egli inizierà a togliere le fasciature, Viola riprende l'analisi. La Scala parla, a questo proposito, di un prodotto della relazione terapeutica, avvertita come potenzialmente pericolosa e ustionante, controllabile dalla paziente attraverso l'oggetto, ma essendo esso oggetto non totalmente

differenziato da Sé, in quanto Sé-ustionato, rotto, immobile, necessitante di cure, delimitato da un guscio. La parola con la quale si descrive in questo periodo è: «sfasciata», come se fosse priva dello scheletro che fino a quel momento l'ha tenuta su. Le associazioni porteranno a definire questo “scheletro” come un “esoscheletro”, figura simbolica ripresa più avanti. Una sensazione positiva che avverte è questa: «sentiva la pelle che spostava l'aria» (2017, p. 44) Questo passaggio può costituire, per La Scala analista, una base per la realizzazione dell'*area di transizione*, in cui il confine diviene spazio tra Sé e non Sé, costituzione centrale di elaborazioni di oggetti investiti per la loro natura soggettiva e non appartenenti unicamente né all'uno né all'altro dei due poli Sé- non Sé. Ciò è espresso oniricamente da Viola, che riporta il sogno di tenere un bambino in braccio, suo, che però “non aveva fatto con un uomo”, piccolo, che stringeva così forte “da avere l'impressione che non respirasse”. Dunque, è evidenziabile questa successione: immagine-cosa di Marco fasciato (o “sfasciato”), Marco analista, e Marco-Sé dove Sé e oggetto non sono ancora differenziati, ma costituenti la base di specularità-complementarietà per il graduale lavoro di differenziazione.

Il terzo periodo ci caratterizza per una reazione molto intensa di vergogna all'accusa del fratello rispetto a un episodio di furto. Questo sentimento di vergogna evolve, in realtà, in una rivelazione all'analista fino ad allora taciuta: questa riguarda la scelta di iscrizione alla facoltà, fatta per compiacere la madre (lettere) ma in realtà diversa dal suo desiderio originario di seguire le orme del padre (finanza). In seguito al cambio di facoltà dopo il primo anno, presso una scientifica, e all'espressione del suo ragazzo «Ah! Come mi piacevi quando eri a lettere», Viola ritorna alla scelta iniziale. Rispetto a questa confessione fino ad allora temuta, la paziente si sente un sacco vuoto: “come se mi fossi tolta uno scheletro che mi sosteneva da tanti anni e che non era il mio”. Questo delicato momento è, per La Scala (2017), significativo alla luce della costituzione di una nuova rappresentazione di Sé, e una reintroiezione di ciò che è stato depositato nel testimone-analista. La vergogna si colloca tra narcisismo e oggettualità: il primo come investimento di Sé, il secondo «perché è l'altro il custode e il garante di questo investimento» (2017, p. 48). È la vergogna a mettere in relazione queste due polarità nel tentativo di integrarle, come attivazione di un vertice osservativo rappresentazionale impersonato da un testimone e dall'identificazione con esso.

Il quarto periodo di analisi è descritto alla luce dello sviluppo del transfert con un analista sentito come separato, e della comparsa delle angosce tipiche della struttura borderline, di intrusione e separazione. Questo emerge nella catena associativa della paziente che, all'inizio della seduta, essendo arrivata in ritardo, e scordatasi i contanti per il pagamento, torna in macchina e rientra nella stanza dopo averli recuperati. Durante la seduta associa circa un uomo (vivaista) con cui catalogare delle foglie, al quale porta tre foglie alla volta e chiede se può tornare, perché *ha paura che non ci sia*. In seguito ad un momento di silenzio, dice: “Per questo sono entrata, poi uscita e rientrata. Se lei

non c'era restavo con i soldi in mano. Arrivo in ritardo perché ho paura, perché lei capisce, ma anche perché *non sono mai sicura che ci sia*" (2017, p. 49, corsivo aggiunto). Come affermato da Green (1990), il modello dei casi limite rimanda al conflitto tra l'angoscia di separazione e l'angoscia di intrusione. Si vede, quindi, come si è passati da Viola nel primo periodo, bloccata nelle linee del pavimento, incapace di transitare in spazi fisici diversi, in preda all'angoscia di rompersi e ustionarsi, ad una Viola che sa-sente l'analista come Altro e per questo attua le fughe, gli agiti, le interruzioni, i ritardi. Questo esemplifica l'angoscia claustrofobica derivata dalla presenza ingombrante dell'analista, scrive La Scala (2017): «sentito come oggetto altro, ma troppo vicino al polo percettivo della realtà esterna e non allucinabile come doppio» (2017, p. 54). La progressiva rinuncia alle difese imitative-adesive, dice La Scala (2017), ha condotto la paziente a vivere lo smarrimento dell'angoscia di non stare insieme, di non avere una coesione sufficiente per vivere nel proprio bordo. Il lavoro sul confine la costringe al confronto con la paura della sua perdita, della perdita del suo Sé. La metafora dell'"esoscheletro" rappresenta un primo abbozzo rappresentazionale per la via di simbolizzazione che la possa liberare dall'ancoraggio al percettivo. La sensazione di essere "sfasciata", il sentire l'aria sulla pelle, non sono altro che *fenomeni di confine* che le permettono di liberarsi della sensazione claustrofobica di sentirsi solo dentro di Sé, avvertiti in via somatica. Il piccolo bambino che stringe è la rappresentazione onirica del suo estremo desiderio di contatto, ma che, soprattutto, esprime la sua contentezza di aver collocato fuori, fuori dalla sua mente, un suo "bambino", la nascita di una rappresentazione. L'immagine dell'analista-vivaista con cui catalogare l'eterogeneità delle foglie (equivalenti delle proto-emozioni), sono elementi che iniziano a generarsi nello spazio psichico di Viola, e che per somiglianza, differenza, iniziano ad organizzarsi. Questi passaggi hanno il potenziale di evidenziare il successivo darsi del processo di soggettivazione e di "lavoro in doppio" con l'analista in una dimensione di rispecchiamento che convive con l'angoscia di intrusione. Il lavoro in doppio è qui possibile in quanto l'analista mantiene il contatto con gli affetti della paziente tramite queste "fermo immagini", tappe di un percorso verso la parola e la rappresentazione. L'importanza delle immagini è legata, per La Scala, alla centralità del contatto con qualcosa che è vivo, reso capace di tornare con vividezza nella completezza delle sue componenti (ideativa, sensoriale, percettiva, affettiva). Citando Giuffrida (2014) è possibile affermare che «le immagini hanno bisogno di un continuo arricchimento da parte dell'allucinatorio, altrimenti esse rischiano di divenire baluardi difensivi né più, né meno di quanto può accadere con le parole» (2014, p. 327). L'immagine si iscrive in un doppio registro: il primo pulsionale, per l'iscrizione mnestica nel visivo, il secondo rappresentativo come rappresentazione-cosa. L'allucinatorio consente, per La Scala (2017), in continuità con il concetto di Winnicott di "appercezione creativa" (1971), la riattivazione di tracce e reti di endopercezioni connesse a elementi mnestici visivi, uditivi, motori, etc., che si riattualizzano

nel presente della seduta. Così possono slatentizzarsi tracce in giacenza connesse a traumi non rappresentati, resti di pensieri privi di significato, inevasi. E questa è, per La Scala (2017) e a proposito della patologia borderline come patologia del *disimpasto*, un'operazione di legame, di "annodamento" sotto la spinta di pulsioni non solo nell'*hic et nunc* della seduta, ma nel progressivo svolgersi di tutta l'analisi.

Quello che si determina tra paziente e analista è per La Scala (2017), citando Ogden (2005), un *terzo analitico intersoggettivo*, che nasce dallo scambio tra paziente e analista e costituisce una terza soggettività, in continuità con il concetto di *chimera degli inconsci* (cfr. De M'Uzan, 1977), quando l'analista si trova nella capacità di "sognare l'analisi" (come visto precedentemente con il lavoro clinico di A. Racalbutto). La *chimera* può venire a costituirsi in corrispondenza dello stato dell'analista vicino a una depersonalizzazione, B. Ithier (2016) ha proposto in tal senso una chimera che origina dagli inconsci dei due protagonisti della seduta. Per Ogden (2005), questo si svolge con la funzione comunicativa della identificazione proiettiva: nella sua prospettiva è essa stessa il terzo che ingloba le soggettività individuali dei partecipanti.

Conclusioni

«Ciò che si determina tra un paziente e un analista è un processo storico in cui si tratta la maniera in cui la storia si costituisce in una persona: come questa lavora, come questa diviene efficace. Piuttosto che parlare di ritrovare la memoria, sembrerebbe che la relazione analitica sia a volte testimone di qualche cosa di storico, come quando, essendo stato testimone di certi eventi, si ha il sentimento che qualcosa di storico si riproduce nel presente. Per la psiche, lo storico può essere definito come una combinazione fra: ciò che è accaduto; ciò che non è accaduto; ciò che sarebbe potuto accadere; ciò che è accaduto a qualcun altro ma non al paziente; ciò che non sarebbe potuto accadere.»

A. Green

Si verifica, in letteratura, una critica ambiguità circa la considerazione degli obiettivi conclusivi del percorso psicoanalitico, e la conseguente difficoltà a riferirsi a un parametro di guarigione. Come sottolineato da Racalbutto in *Analisi curabile e incurabile* (2000), mentre altre forme di terapia, quella medica per antonomasia, si rivolgono direttamente ai sintomi, il trattamento psicoanalitico, pur riferendosi *anche* ad essi, per essere tale ed occuparsi della «malattia» deve trattare l'uomo, l'essere psichico, il soggetto: «non solo il soggetto come persona singola, ma anche nella sua condizione umana, come portatore di una realtà psichica che in senso stretto è allo stesso tempo sua e dell'insieme umano che fa del soggetto ciò che lui è» (2000, p. 91). Dunque, l'analisi non può limitarsi a fare riferimento a questa o quella configurazione psicopatologica; ma deve rivolgersi anche e soprattutto al cuore di ciò che costituisce l'essere umano, al suo Sé più intrinsecamente profondo, al suo

funzionamento psichico come “essere-nel-mondo”. Freud (1912b) stesso in *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* si esprime riguardo l’attenzione alla *tolleranza* verso il malato, piuttosto che verso il successo terapeutico, poiché «l’ambizione educativa è infruttuosa quanto l’ambizione terapeutica» (1912, p. 539). Occorre dunque accogliere l’essere umano in quanto debole e in continua lotta con ciò che spinge a determinarlo, tra pulsioni di vita e pulsioni di morte, pur non essendo questo l’obiettivo centrale di un percorso analitico: «Wo es war, soll Ich werden» (Freud, 1932). Ciò che avviene in un’analisi, come afferma Racalbutto (2000), riguarda l’elaborazione individuale di una evoluzione, per realizzare dei risultati con un percorso finito e databile, attraverso effetti inconsci e indiretti. La fine dell’analisi è «una parabola ancora incompiuta, non terminata, di sé come della vita» (2000, p. 94). Il processo analitico di soggettivazione che costituisce la “guarigione psicoanalitica” è l’emersione di un soggetto dell’inconscio, lo «straniero del paziente» (Pontalis, 1977), l’estraneo «proprio del nostro impossibile proprio» (Kristeva, 1998), che nel controtransfert diviene un’entità elaborabile e, dove possibile, rappresentabile in parte. In questo senso è anche atemporale, dato come si possa osservare, durante lo svolgersi dell’analisi, la storia transgenerazionale del paziente, come essa si riattualizzi nel presente (*Nachtraglichkeit*), e come coinvolga personaggi fisicamente assenti, psichicamente presenti.

Ma anche l’analista è coinvolto in questo processo, che dunque non può dirsi propriamente individuale, bensì, come visto nel corso dell’elaborato, trans-soggettivo e interindividuale. Esso coinvolge l’Altro, l’Altro della realtà umana, dell’essere comune a tutti i soggetti. La coppia analitica nella sua tipica asimmetria costituisce la base per la costituzione di una nuova possibile “storia”, nella possibilità di creazione di un’area transizionale, di uno spazio potenziale, nell’abbandono progressivo delle misure difensive che ne atrofizzano l’esistenza. Questo è possibile, come sostiene Racalbutto, nella sostanziale condivisione di una realtà libidica comune ad entrambi, analista e paziente, nel reperimento di una autentica similarità pur restando estranei. Il mondo interno, se così non fosse, resterebbe del tutto irreperibile nella sua verità, non fosse attraversato da questa linea libidica comune. Recuperando l’affetto e trasformandolo in parola, l’analisi favorisce il passaggio, come espresso da Winnicott (1971), dall’angoscia traumatica all’angoscia segnale, perché resa significabile, e allora l’uomo può «fare la scelta di vivere all’altezza della propria condizione psichica» (Racalbutto, 2000, p. 99). Per quei pazienti in cui si verifichi una carenza del processo di rimozione, come quelli presi in considerazione in questa sede, occorre prima rispondere alle continue richieste circa la questione identitaria, dei confini e limiti del proprio Sé, del significato dell’esistenza: in tali casi, come visto, più che l’aspetto interpretativo del transfert si pone il lavoro di interrogazione continua del controtransfert dell’analista nella possibilità di rendere finalmente pensabile e dicibile il nucleo costituente la coazione a ripetere del paziente.

Per Racalbuto (2000), in riferimento al disuso ed alla criticità associata all'utilizzo del concetto di "guarigione" di cui accennato all'inizio, la sua sostituzione con concetti quali "trasformazione", "mutamento", "cambiamento", lo priverebbe di una connotazione altra e molto più profonda della mera remissione sintomatologica. Al contrario della guarigione medica, infatti, la guarigione psicoanalitica non si riferisce alla "malattia" in sé (sia essa nevrotica, psicotica, borderline), ma anche e soprattutto alla malattia fuori dai suoi sintomi, come protezione all'angoscia, difesa "tossica" alla sofferenza, al disaiuto, alla *Hilflosigkeit* della condizione umana. L'analisi diviene efficace quando dissipa questa costruzione difensiva che finisce per coincidere con la definizione identitaria della persona, fornendogli un modo per esistere, per lenire il vuoto esistenziale. Dunque, la questione riguarda, al di là delle manifestazioni specifiche prese in considerazione in questo elaborato, come sia possibile affrontare una coscienza umana che funziona per «mentire a sé stessa» (Green, 1995), che vive sussistendo nella discrepanza da un contatto con la parte originaria e più autenticamente propria, il Sé nucleare, nel, come si è espresso Nietzsche, "deserto che cresce".

Entrando nel merito dei casi limite, nello sviluppo del pensiero post-freudiano, si verifica, da parte di tali pazienti, una sempre più frequente rinuncia alla "guarigione psicoanalitica", un rifiuto, talora rabbioso, dell'analisi e del cambiamento poiché ciò che si rifiuta, come esplica Racalbuto, è il proprio che il dolore possa essere *interpretabile* e *inter-pretabile*, cioè tra due, relazionale, libidico. Questa sfiducia si manifesta per la pratica e il metodo psicoanalitico, non più incentrato sul sollevamento delle resistenze, ma implicante qualcosa di non-nato, indifferenziato, oggetto di forclusione, riferito ad un'area psichica sostanzialmente incistata e priva di neonatalità. Racalbuto (1994) le definisce "*aree sterili dello psichismo*", connesse a forme di angoscia diverse da quella di castrazione, attinenti a una perdita inelaborabile perché antecedente alla formazione dell'Io. Le tracce implicate in questo tipo di trauma, come afferma McDougall (1982) «hanno uno *status* differente da quello delle rappresentazioni [...]. Questi (fenomeni) traumatici (mettono in moto) difese arcaiche, proiezione-introiezione, forclusione» (1982, pp. 286-287). Si tratta, come visto nel corso degli esempi clinici riportati, di *immaginare l'inimmaginabile*, di una perdita terrificata perché non coinvolgente soltanto l'oggetto ma il soggetto, non come perdita di rappresentazioni (rimozione) ma come perdita di Sé. Il dolore inevaso, citando le parole di Racalbuto (2000), "è circoscritto al Sé", "fisico e psichico sono la stessa cosa, dove un io-corpo trasforma con il dolore la psiche in corporeità e il corpo in psichismo". Rispetto a questo dolore l'analista non deve essere rispondente, come una madre sadica, ma *contenente*, contenitore di aree psichiche prive di significazione vitale, per il tempo necessario a trovare una scena "visionaria" (Russo, 2013), nuova, in grado di aprire nuove prospettive. Lì dove appare questa assenza di fantasmizzazione, sembra vi sia l'essenza di qualcosa che si oppone drasticamente alla guarigione, afferma Racalbuto (2000), alla elaborazione del lutto. «A tale livello

l'io e l'oggetto appaiono inconciliabili fra di loro, reciprocamente annullantesi, come se un *conflitto d'alterità precoce* per l'io, invivibile e perciò non elaborabile e rappresentabile, avesse reso insignificanti, "nulla", sia l'io che l'oggetto: cioè la vita» (2000, p. 114). A causa di questo processo si ha l'annullamento del legame analitico, sotto la spinta del terrore suscitato dall'oggetto, dalla paura della sua intrusione, come eliminazione di qualunque possibilità di cambiamento e riconoscimento dell'altro alieno collocato dentro di sé. Nelle angosce destrutturanti di essere nulla, ed essere vuoto, occorre essere vicino al paziente, e non retrocedere davanti all'irrapresentato. Come visto più volte nel corso dell'elaborato, ciò che i vari autori convergono a confermare è l'auspicio di un analista che possa rappresentare un contatto con il nucleo inconscio che angoscia paziente, che soprattutto possa trasmettere la fiducia come alternativa al trauma così come definito da Winnicott (1965): "crollo della fiducia". Che possa riabilitare il preconscious come via regia di fluidità comunicativa con l'inconscio, per incontrare l'Altro che è in Sé. Che possa favorire una sempre maggiore intimità per via del riconoscimento e della differenziazione dall'Altro in questi pazienti, per accedere alla vita di relazione, e riprendere il contatto con quanto è alle radici della propria vita psichica e dunque della vita interna (Racalbutto, 2000).

Per Racalbutto (2000), in ottica conclusiva sul discorso fin qui sviluppato, il lavoro di trasformazione psichica dei pazienti in analisi può collocarsi su due dimensioni co-occorrenti: la necessità di dare una «nuova lettura» e la «creazione di un senso» fino ad allora assente (2000, p. 126-127). La guarigione (ed è opportuno l'utilizzo di questo termine per quanto prima detto), si ha nella prospettiva non solo di trovare un ordine di causalità fino ad allora sconosciuto, ma anche nella «presa di coscienza di un senso vivo» che si impone sul soggetto a dispetto di tutto ciò che può impedirne la realizzazione. La guarigione avviene nel recupero non solamente di ciò che dimora nella psiche come rimosso o escluso dalla coscienza, ma anche (e in modo specifico per i pazienti borderline) di altri registri, forclusi, separati dalla realtà psichica del soggetto in quanto "fatti non assimilati" (Bion, 1962). Attraverso la capacità immaginativa controtransferale dell'analista è attuabile un recupero del processo di *soggettivazione* del paziente ipermoderno. Il vero Sé del paziente emerge solo nella misura in cui se ne potrà fare esperienza, non colludendo con l'aspettativa dello stesso che teme l'Altro come indifferenziato oggetto intrusivo, soffocante, devitalizzante. «L'analista deve testimoniare la capacità di rinunciare, almeno transitoriamente, a saperi consolidati, a teorie già fatte, precostituite, per avventurarsi con il paziente nella scoperta di nuovi orizzonti» (*ibidem*). Il desiderio di guarigione di questi pazienti, quando emerge, è una vera e propria "spinta a esistere", in linea con quanto affermato da Winnicott (1971) in *Gioco e realtà*: questi pazienti non devono "trovare l'oggetto", né essere trovati, quanto piuttosto impegnati in una ricerca interna, a trovare qualcosa dentro di Sé, all'interno del loro Sé. Da qui potrà poi generarsi lo sviluppo, come visto,

dell'*esperienza transizionale* come l'elaborazione dell'altro-da-sé, come primo vettore di comunicazione soggetto-oggetto.

In questi contesti, come visto, il controtransfert dell'analista e il suo aprirsi alla funzione *creativa* permette di esprimersi in senso simbolico, metaforico e meta-morfizzante per il paziente, testimoniando la sua stessa incompiutezza, la sua attitudine alla riflessione e all'autoanalisi. "Creativo" può assumere l'accezione assunta nella prospettiva di McDougall (1990), la quale contrappone la *creatività* alla *normalità*. La maggior parte delle persone, sostiene, non è creativa nel senso stretto del termine. La normalità può essere definita come una «*carezza che colpisce la vita fantasmatica* e che allontana l'individuo da sé stesso» (1990, pp. 259-260), che irrompe in un certo momento del percorso evolutivo impedendo di "volgere lo sguardo altrove" e *creare nuovi legami simbolici* (*ibidem*). La normalità in questo senso, con cui si paragona la psicopatologia, assume sempre più la forma di ciò che è "anormale" nel senso di lontano dall'immaginario, dal simbolico, con un orientamento sempre più adeso e sollecitato dalla realtà esterna, fattuale, disaffettiva. Come ha scritto A. Correale (2007):

«Forse noi abbiamo bisogno dei nostri pazienti borderline. Non solo i nostri pazienti borderline hanno bisogno di noi, ma abbiamo bisogno anche noi di loro. Perché se loro non ci ricordassero continuamente questa necessità di trasformare l'esterno nell'interno, questa necessità di costruire dei mondi stabili dentro di noi, penso che potremmo rischiare di diventare borderline anche noi; cioè borderline senza saperlo, il borderline medio, cioè il cittadino che guarda la televisione, ama le macchine, e non è sicuro se stia veramente vincendo» (2007, p. 260-261).

Questa citazione è quanto mai significativa per una visione critica dell'aspetto di supposta normalità dell'analista, come affermato provocatoriamente da McDougall (1990): «Siamo degli emarginati che si occupano di altri emarginati. Se non fosse così, se la psicoanalisi cessasse un giorno di essere in margine alle norme accettate, allora, non assolverebbe più la sua funzione» (1990, p. 256). Il lavoro analitico è un processo creativo: nell'analisi è necessario il crearsi della possibilità per il paziente di recuperare la sua capacità creativa tramite una interiorizzazione della funzione svolta dall'analista, nell'ottica di raggiungere qualcosa di più che, come Freud (1895) la descrisse, un'«infelicità comune».

Bibliografia

- Allport, G. W., (1943). *The Ego in Contemporary Psychology*, «Psychol. Rev.», 50, 451-478.
- Allport, G. W., (1955). *Is the Concept of Self Necessary?*, in Id., *Becoming*, New Haven: Yale University Press (trad. it. *Divenire*, Firenze: Guinti-Barbera, 1963).
- Ammaniti, M., (Ed.), (1989). *La nascita del Sé*. Roma-Bari: Laterza.
- Ammanniti, M., (1994). *Attualità ed evoluzione del concetto di Sé in psicoanalisi*, intervista di Francesca Cesaroni, I., Ammaniti, M. (1994), Moretti&Vitali editori, (p. 69).
- André, J., (Ed.), (2000). *Gli stati limite*, Milano: FrancoAngeli.
- Balsamo, M., (Ed.), (2000). *Analisi curabile e incurabile. Sulla guarigione psicoanalitica*, Milano: FrancoAngeli.
- Balsamo, M., (2019). *André Green*, Milano: La Feltrinelli.
- Baroni, M.R., Costantini, M.V., Esposito, C., Ferruzza, E., Mangini, E., Nicolini, C., (Eds.) (2007). *La rappresentazione tra mondo interno e mondo esterno. In ricordo di Agostino Racalbutto*. Padova: CLEUP.
- Bergeret, J., (1974). *La personalità normale e patologica*, Milano: Raffaello Cortina, 1974.
- Binswanger, O., (1973). *Il caso Ellen West*, Torino: Einaudi, 2011.
- Bion, W., (1962). *Learning from experience*, William Heinemann, Medical Books Ltd. (trad. it. *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando, 1972).
- Bion, W., (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*, Roma: Armando, 1973.
- Bion, W., (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Roma: Armando, 1970.
- Bleger, J., (1967). *Psychoanalysis of the psycho-analytic setting*. In Churcher and L. Bleger (Eds), *Symbiosis and Ambiguity: A psychoanalytic Study*, London: Routledge (trad. it. "Psicoanalisi del setting psicoanalitico", in Genovese, C., (Ed.), *Setting e processo psicoanalitico*, Milano: Raffaello Cortina, 1988).
- Bolognini, S., (2008). *Passaggi segreti*, Torino: Boringhieri.
- Bolognini, S., (2019). *Flussi vitali tra Sé e Non-Sé. L'interpsichico*, Milano: Raffaello Cortina.

- Bollas, C., (1987). *The shadow of the object. Psychoanalysis of the untought*. New York: Columbia University Press (trad. it. *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla, 1989).
- Botella, C., Botella, S., (2001). *La figurabilité psychique*. Lusanne-Paris: Delachaux et Nieslé (trad. it. *La raffigurabilità psichica*, Roma: Borla, 2004).
- Bowlby, J., (1980). *Attaccamento e perdita*, Torino: Boringhieri, 1999.
- Bowlby, J., (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Milano: Raffaello Cortina.
- Brusset, B., (1988). *Psicoanalisi del legame: La relazione d'oggetto*. Roma: Borla, 1990.
- Brusset, B., (2006). "Mètepsychologie des liens et troisième topique", *Rev. Franç. Psychanal.*, 65, 4: 1141-1239.
- Bucci, W., (2008). The role of bodily experience in emotional organisation: new perspectives on the multiple code theory. In S., Anderson (Ed.), *Bodies in treatment*. Hove: Analytic Press.
- Chabert, C., (2006). *L'io, il Sé e il soggetto*, in G. Richard, S. Wainrib (Eds.), *La soggettivazione*, (pp. 17-28), Roma: Borla, 2008.
- Cooley, C. H., (1912). *Human nature and the social order*, New York: Scribner (trad. it. *L'organizzazione sociale*, Milano: Ed. di Comunità, 1977).
- Conrotto, F., (2000). *Tra il sapere e la cura*, Milano: FrancoAngeli.
- Conrotto, F., (2014). *Pulsionalità: tra azione e simbolizzazione*. In Munari, F., Mangini, E., (Eds.) *Metamorfosi della pulsione*, (pp. 42-53). Milano: FrancoAngeli.
- Correale, A., (2007). *Area traumatica e campo istituzionale*, Roma: Borla.
- De M'Uzan, M., (1970). Le même et l'identique, *Revue française de psychanalyse*, 24, 3: 441-445.
- De M'Uzan, M., (1977). *De l'art à la mort*, Gallimard, Paris.
- Deutsch, H., (1955). *Psicologia della donna: studio psicoanalitico*, Torino: Boringhieri, 1977.
- Donnet, J. L., Pinel, J. P., (2002). "La problème de l'identification chez Freud, 9", in Dannon-Boileau L. (sous la dir. de), *Identifications. Monographies de psychanalyse*, Presses Univeritaries de France, Paris.

- Emde, R. N. (1980). *Levels of meaning of infant emotions: A biosocial views*, in Collins, W. A., (Ed.), *Development of cognition, affect and social relations*, Erlbaum Hillsdale, N.J.
- Emde, R.N., (1983). *The prerepresentational Self and its affective core*, «Psychoanal. Study Child» 38, 165-192.
- Emde, R. N., (1991). *Emozioni positive in psicoanalisi* (trad. it. in Riva, Crugnola C., (Ed.) *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Milano: Raffaello Cortina, 1999).
- Erikson, E. H., (1968). *Identity youth and crisis*, New york: W.W Norton & Company New York (trad. it. *Gioventù e crisi di identità*, Roma: Armando, 1974).
- Fairbairn, W. R. D., (1940). *Fattori schizoidi della personalità*, Trad. it. in: *Studi psicoanalitici della personalità*, Torino: Boringhieri, 1970.
- Fédida P. (1999). “Un paziente ideali per uno psicoanalista?”, in J. André (Eds.), *Gli stati limite*, (pp.) Milano: FrancoAngeli, 2000.
- Ferrari, A. B., (2004). *From the Eclipse of the Body to the Dawn of Thought*. London: Free Association Books (trad. it. *L'eclissi del corpo. Una ipotesi psicoanalitica*, Roma: Borla, 2004)
- Ferro, A., (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*, Milano: Raffaello Cortina.
- Ferro, A., (2003). Marcella: The transition from explosive sensoriality to the ability to think. *The Psychoanalytic Quarterly*, 72: 183-200.
- Fonagy, P., Target, M., (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2): 411-456.
- Fornaro, M., (1996). *Il soggetto mancato. La psicologia del Sé in Heinz Kohut*, Roma: Studium.
- Freud, S., (1892-95). *Studi sull'isteria*. OSF, vol. 1.
- Freud, S., (1895). *Progetto di una psicologia*. OSF, vol. 2, Boringhieri, Torino 1977.
- Freud, S., (1899). *L'interpretazione dei sogni*, OSF, vol. 3.
- Freud, S., (1910). *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)*. OSF, vol. 6, Boringhieri, Torino 1977.
- Freud, S., (1912a). *Dinamica della traslazione*, OSF, vol. 6.

- Freud, S., (1912b). *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, OSF, vol. 6.
- Freud, S. (1915-17). *Introduzione alla psicoanalisi*, OSF, vol. 8.
- Freud, S., (1915a). *Lutto e melanconia*. OSF, vol. 8.
- Freud, S., (1915b). *Pulsioni e loro destini*. OSF, vol. 8.
- Freud, S., (1920). *Al di là del principio di piacere*. OSF, vol. 9.
- Freud, S., (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF, vol. 9, Boringhieri, Torino 1977.
- Freud, S., (1922). *L'lo e l'Es*. OSF, vol. 9, Boringhieri, Torino 1977.
- Freud, S., (1924a). *Il problema economico del masochismo*. OSF, vol. 10.
- Freud, S., (1924b). *La perdita della realtà nella nevrosi e nella psicosi*. OSF, vol. 10.
- Freud, S., (1925b). *La negazione*. OSF, vol. 10.
- Freud, S., (1925c). *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol. 10.
- Freud, S., (1929). *Il disagio della Civiltà*. OSF, vol. 10.
- Freud, S., (1932). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. OSF, vol.11, Boringhieri, Torino 1979.
- Freud, S., (1937). *Costruzioni dell'analisi*, OSF, vol. 11.
- Freud, S., (1937). *Analisi terminabile e interminabile*, OSF, vol. 11.
- Freud, S., (1938). *Risultati, idee, problemi*. OSF, vol. 11.
- Freud, S., (1986). *Sintesi delle nevrosi di traslazione*. Trad. it. in *Opere (complementi 1885-1938)*. Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- Gaddini, E., (1969), *Sulla imitazione*. In *Scritti (1953-1985)*, (pp. 159-190), Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Gaddini, E., (1980), *Note sul problema mente-corpo*. In *Scritti (1953-1985)*, (pp. 470- 502), Milano: Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Gaddini, E., (1981). *Acting out nella situazione psicoanalitica*. In *Scritti (1953-1985)*, (pp.521-535), Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Gaddini, E., (1982). *Il Sé in psicoanalisi*. In *Scritti (1953-1985)*, (pp. 559-570), Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Gaddini, E., (1984). *Se e come sono cambiati i nostri pazienti fino ai nostri giorni*. In *Scritti (1953-1985)*, (pp.644-663), Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Gaddini, E., (1989). *Note sulla struttura borderline*. Appendice III - Note, frammenti, interventi, in *Scritti (1953-1985)* (pp. 835-836), Milano: Raffaello Cortina, 1989.

- Gaddini, E., (1989). *Difficoltà nel definire il concetto di Sé*. Appendice III – Note, frammenti, interventi in *Scritti (1953-1985)*, (p. 830), Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Gilliéron, E., Baldassarre, M., (Eds.), (1999). *Borderline*, Roma: Quaderni di Psicoterapia IREP, Edizioni Universitarie Romane.
- Giuffrida, A., (2011), *Dall'oggetto transizionale all'oggetto bizzarro*, relazione letta la Centro Veneto di Psicoanalisi.
- Green, A., (1990). *La folie privée*. Paris: Editions Gallimard (trad. it.: *Psicoanalisi degli stati limite*, Milano: Raffaello Cortina, 1991).
- Green, A., (1993). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris: Les Editions de Minuit (trad. it.: *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Roma: Borla, 1985).
- Green, A., (1995). “Note sui processi terziari”, in *Propedeutica: metapsicologia rivisitata*, Roma: Borla, 2001.
- Green, A., (2000). *Il tempo in frantumi*, Roma: Borla, 2001.
- Green, A., (2002). *Idee per una psicoanalisi contemporanea*, Milano: Raffaello Cortina, 2004.
- Grinberg, L., (1982). *Teoria dell'identificazione*, Torino: Loescher, 1983.
- Grinberg, L. (1983). *Psicoanalisi: aspetti teorici e clinici*, Torino: Loescher, 1983.
- Guignard, F., (1996). “Un Trouble de pensée sur la Méetapsychologie”, *Rev. Franc. Psychanal.*, 5, pp.1551-1565.
- Gunderson, J. G., P. S., Links, (Eds.), (2010). *La personalità borderline: Una guida clinica*, Milano: Raffaello Cortina.
- Guntrip, H. J. S., (1971). *Psychoanalytic theory, therapy and the self: A basic guide to the human personality in Freud, Erikson, Klein, Sullivan, Fairbairn, Hartmann, Jacobson & Winnicott*, New York: Basic Books.
- Guntrip, H. J. S., (1975). *Teoria psicoanalitica della relazione d'oggetto*, Milano: Biblioteca di psicoanalisi e Psicoterapia.
- Hartman, H., (1950). *Comments on the psychoanalytic theory of the Ego* «*Psychoanal. Study Child*» 5, 74-96, (trad. it. *Considerazioni sulla teoria psicoanalitica dell'Io*, in *Saggi sulla psicologia dell'Io*, Torino: Boringhieri, 1964).

- Hartman, H., (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation* New York: International universities Press (trad. it. *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento* Torino: Boringhieri, 1966)
- Jacobson, E., (1964). *The Self and the Object World*. New York: International Universities Press (trad. it. *Il Sé e il mondo oggettuale*. Firenze: Martinelli, 1974).
- James, W., (1890). *The Principles of Psychology*, New York: Dover Publications (trad. it. *Principi di psicologia*, Milano: Società editrice Libreria, 1901).
- Jung, C. G., (1942), *Il simbolismo della messa*, trad. it., Torino: Boringhieri, 2013.
- Jung, C. G., Jaffè, A., (Eds.), (1961), *Erinnerungen, Träume, Gedanken* (trad. it. *Ricordi, sogni, riflessioni*, Milano: Rizzoli, 1978).
- Jung, C. G., (1969-1993). *Opere*, trad. it., Torino: Boringhieri, 2015.
- Kaye, K., (1982). *The mental and social life of babies*, Chicago: The University of Chicago Press (trad. it. *La vita mentale e sociale del bambino: Come i genitori creano persone*, Roma: Il pensiero scientifico, 1989).
- Kernberg, O., (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, trad. it. Torino: Boringhieri, 1978.
- Kernberg, O., (1984). *Severe personality disorders*, Yale University Press, New Haven (trad. it. *Disturbi gravi della personalità*, Torino: Boringhieri, 1987).
- Khan, M., (1974). *The privacy of the Self*, New York: International Universities Press (trad. it. *Lo spazio privato del Sé*, Torino: Boringhieri, 1979).
- Kohut, H., (1959). *Introspezione ed empatia: Raccolta di scritti (1959-1981)*, Carusi, A., (Ed.), Torino: Boringhieri, 2003.
- Kohut, H., (1971). *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorder*. New York: International Universities Press (trad. it.: *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976).
- Kohut, H., (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press (trad. it.: *La guarigione del Sé*. Torino: Boringhieri, 1980).
- Kohut, H., (1978). *The Search for the Self. Selected Writings of Heinz Kohut: 1950-1978*. Volumes 1 & 2 (edited by Paul H. Ornstein). New York: International Universities Press, 1978 (trad. it.: *La ricerca del Sé*. Torino: Boringhieri, 1982).

- Kohut, H., (1982). *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1984.
- Klein, M., (1936). *Love, Guilt and reparation and Other Works, 1921-1945*. London: Virago Press. (trad. it. Amore, odio e riparazione, Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1978).
- Kristeva, J., (1998). *Le nuove malattie dell'anima*, trad. it. Roma: Borla.
- Lacan, J., (1978). "Del discorso psicoanalitico", trad. it. In *Lacan in Italia* in G. Contri (Ed.), Milano: La Salamandra, 1978.
- Lacan., J., *Il Seminario. Libro VI. Il desiderio è la sua interpretazione del desiderio (1958-1959)*. Trad. it. in *La psicoanalisi*. Roma: Astrolabio, 1987.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*, Roma-Bari: Laterza, 1968.
- La Scala, M., Costantini, M.V., (Eds.), (2008). *Il lavoro psicoanalitico sul limite. Contributi teorici e clinici*, Milano: FrancoAngeli.
- La Scala, M., (2012). *Spazi e limiti psichici. Fobie spaziali, funzionamento borderline, la vergogna, la melanconia*, Milano: FrancoAngeli.
- La Scala, M., (2017). *Percepire, allucinare, immaginare. Il rispecchiamento, il simbolo, il soggetto*, Milano: FrancoAngeli.
- Lefebvre, P., (1980). *The Narcissistic Impasse as a Determinant of Psychosomatic Disorder*. Psychiat. J. Univ. Ottawa. 1: 5-11.
- Lemma, A., (2015). *Minding the body: the body in psychoanalysis and beyond*, London: Routledge (trad. it. *Pensare il corpo: L'esperienza corporea in psicoanalisi e oltre*, Roma: Giovanni Fioriti, 2018).
- Lingiardi, V., Madeddu, F., (1990). *La diagnosi del paziente borderline. Un modello di quantificazione del profilo dinamico*, Milano: FrancoAngeli.
- Lipovetsky, G., (2004). *Les Temps hypermodernes*. Nouveau Collège de Philosophie, Paris: Grasset.
- Luchetti, A., (2002). "Interpretare, costruire, indovinare: il corpo congetturale", *Psiche*, (2): 475-504.

- Mahler, M. (1975). *The Psychological Birth Of The Human Infant: Symbiosis And Individuation*, London: Routledge (trad. it. *La nascita psicologica del bambino: Simbiosi e individuazione*, Torino: Bollati Boringhieri, 1978).
- Mangini, E., (2003). *Lezioni sul pensiero post-freudiano. Maestri, idee, suggestioni e fermenti della psicoanalisi del Novecento*. Milano: Led Edizioni Universitarie.
- Mangini, E., (2009). "Sulla rimozione originaria", in *Rivista di psicoanalisi*, 55(2): 281-302.
- Mangini, E., La Scala, M., (2009). *Le fonti dello psichico. A partire dal pensiero di Agostino Racalbutto*, Roma: Borla.
- Mangini, E., (2011). Alternanza e interrelazione tra processi creativi e difensivi in analisi sulla base delle vicissitudini personali. Relazione presentata al centro Veneto di Psicoanalisi, Seminario "Processi creativi e processi distruttivi del mondo interno e del mondo esterno".
- Mangini, E., (2015). *Elementi dell'esperienza psicoanalitica: Pulsione, immagine, parola poetica*, Milano: Cortina.
- Marchiori, E., (2014). L'esproprio della soggettivazione: riflessi di immagini filmiche nel lavoro psicoanalitico (I), Spi Web <https://www.spiweb.it/eventi/marchiori-e/> .
- Marty, P., De M'Uzan, David C., (1963). *L'indagine psicosomatica*, Torino: Boringhieri, 1971.
- Masterson, J. F., (1985). *The real Self: A developmental, self, and object relations approach*. New York: Brunnel/Mazel (trad. it.: *Il sé reale: Relazioni oggettuali, psicologia del Sé, psicologia evolutiva*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1997).
- McDougall, J., (1982). *Théatres du Je*, Paris: Éditions Gallimard (trad. it. *I teatri dell'Io*, Milano: Raffaello Cortina, 1988).
- McDougall, J., (1990), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris: Editions Gallimard (trad. it. *A favore di una certa anormalità*, Roma: Borla, 1993).
- McDougall, J. (1990). *Théatres du Corps* (trad. it. *I teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*. Milano: Raffaello Cortina, 1990).
- McWilliams, N., (1994), *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 2012.

- Migone, P., *Il concetto di Sé in psicoterapia*, Il Ruolo Terapeutico, 2015, 128: 43-50.
<http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt128-15.htm#:~:text=Il%20modo%20di%20intendere%20il,pu%C3%B2%20chiamarsi%20Io%2C%20non%20S%C3%A9.>
- Milazzo, F., (2014). *La ferita dell'assenza. Sulla "madre morta" di André Green*, www.psyhiatryonline.it/node/5374.
- Milner, M., (1987). *La follia rimossa delle persone sane*, Roma: Borla, 1990.
- Momigliano, L.N., (2001). *L'ascolto rispettoso. Scritti psicoanalitici*, Milano: Raffaello Cortina.
- Munari, I., Racalbutto, A., (1981). *Psicoanalisi e psicoterapia analitica*, Milano: FrancoAngeli.
- Ogden, T. H., (1989). *The primitive Edge of experience*. Northvale, NJ: Jason Arosen. (trad. it. *Il limite primigenio dell'esperienza*, Roma: Astrolabio, 1992).
- Ogden, T. H., (2005). Le tiers analytique: les implications pour la théorie et la technique psychanalytique, *Revue française de psychanalyse*, 69, 3: 751-774.
- Pontalis, J. B., (1977). *Naissance et reconnaissance du «soi»*, in *Entre la reve et la douler*, Paris: Gallimard (da una relazione a un Simposio del 1973).
- Racalbutto, A., (1983). *Al di là delle parole in psicoanalisi*, Padova: Liviana.
- Racalbutto, A., (1994). *Tra il fare e il dire. L'esperienza dell'inconscio e del non verbale in psicoanalisi*, Raffaello Cortina editore, Milano.
- Racalbutto, A., La Scala, M., Costantini, M.V., (Eds.), (2001). *La nascita della rappresentazione fra lutto e nostalgia*, Roma: Borla.
- Racalbutto, A., (2001). "Vivendo lungo il 'border'", *Riv. Psicoanal.*, 47, 1.
- Recalcati, M., (2009). *L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica*, Milano: Raffaello Cortina.
- Recalcati, M., (2017). *La pratica del colloquio clinico: Una prospettiva lacaniana*, Milano: Raffaello Cortina.
- Roussillon, R., (2006a). "La fonction 'limite' de la psyché", *Psychiatrie Francaise*, spécial.
- Roussillon, R., (2006b). *Pluralità dell'appropriazione soggettiva*. In G. Richard, S. Wainrib (Eds.), *La soggettivazione*, (pp. 73-75). Roma: Borla, 2008.

- Roussillon, R., (2008). *Problemi tecnici posti dalle problematiche narcisistico identitarie durante la cura*, relazione letta al Centro Veneto di Psicoanalisi.
- Roussillon, R., (2014). Ruolo e funzione dell'oggetto nelle trasformazioni della pulsione. In Munari, F., Mangini, E., (Eds.), *Metamorfosi della pulsione*, (pp. 23-41). Milano: FrancoAngeli.
- Russo, L., (2013). *Esperienze. Corpo, visione, parola nel lavoro psicoanalitico*, Roma: Borla.
- Searles, H.F. (1986). *My Work With Borderline Patients*, New York: Jason Aronson (trad. it. *Il paziente borderline*, Bollati Borlinghieri, Torino, 1988).
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal World of Infant*, New York: Basic Books (trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987).
- Tustin, F., (1981). *Stati autistici nei bambini*. Armando, Roma, 1983.
- Von Franz, L. M., (2005). *Spiegelungen der Seele. Projektion und innere Sammlung in der Psychologie C. G. Jung*, Verlag Stiftung für Jung'sche Psychologie, Kunsnacht ZH und Emmanuel Kennedy (trad. it. *Rispecchiamenti dell'anima. Proiezione e raccoglimento interno nella psicologia di C. G. Jung*, La biblioteca di Vivarium, Milano, 2012).
- Winnicott, D.W., (1960a). *The theory of the Parent-Infant Relationship*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Anal., 1962 (trad. it. *La teoria del rapporto infante-genitore*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970).
- Winnicott, D. W., (1960b). *Ego distortion in terms of true and false Self*, London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Anal. (trad. it. *La distorsione dell'Io in rapporto al vero e al falso Sé*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970).
- Winnicott, D.W., (1970a). *The Basis for Self in Body*, «Int. Journ. of Child Psychotherapy», 1, 1, 197.
- Winnicott, D. W., (1970b). "Individuazione", in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*, London: Tavistock (trad. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974).