



L'origine traumatica del funzionamento al limite Il caso di Alice

Marco Sciotto¹

Alice è una paziente che vedo a partire dall'aprile 2017 nell'ambito del tirocinio di specializzazione che ho svolto presso un CSM fino alla fine del 2018. Ho seguito la paziente in questo contesto con una frequenza di due sedute alla settimana. Dall'ottobre 2019 ho iniziato a vedere la paziente nel mio studio con una frequenza settimanale. Il caso mi fu presentato dalla psichiatra del servizio come un disturbo alimentare piuttosto grave. Quando la incontro la prima volta, Alice è una giovane di ventitre anni da poco dimessa da un ricovero ospedaliero reso necessario in seguito a un'eccessiva perdita di peso.

Il primo colloquio

Puntuale, si presenta al primo colloquio una giovane magra, di statura media, capelli scuri, vestita di nero e con delle scarpe che la sollevano di almeno dieci centimetri.

Mi passa uno spesso plico di fogli, la documentazione sulla sua terapia farmacologica e sul recente ricovero in ospedale. Non voglio che si faccia parlare da resoconti altrui e le chiedo di raccontarmi la sua storia con la sua voce. Inizia spiegandomi che il suo problema è l'"emetofobia", la paura di vomitare e di veder vomitare.

Questa fobia si accompagna a delle forti crisi di angoscia che lei affronta procurandosi dei graffi profondi sul corpo, in particolare petto e braccia. Sottolinea che non sono graffi superficiali e accenna a prendere il telefono per mostrarmi delle fotografie che si è scattata, ma non la incoraggio a farlo e desiste. Mi dirà più avanti che i suoi genitori non hanno mai voluto vedere il suo malessere, anche quando si manifestava attraverso le evidenti lesioni che si infliggeva. Nessuno commentava, tutti "nascondevano la testa sotto la sabbia".

Mi racconta che tra l'ottobre 2016 e il febbraio 2017 ha vissuto il periodo più buio della sua vita, si è chiusa in casa nella sua stanza e ha smesso di nutrirsi fino ad arrivare a pesare 38 kg, momento in cui è stata ricoverata in ospedale. Il suo rapporto con il cibo non è condizionato da esigenze di magrezza, dice, ma dalla paura di essere "piena" di qualcosa che poi potrebbe "uscire" attraverso il vomito.

(1) Psicologo Psicoterapeuta

Marco.sciotto@gmail.com



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Questa paura ha origini antiche, tanto che il suo primo ricordo in assoluto – quando aveva 3 anni - è della madre che nutre la sorella minore finché questa improvvisamente vomita. Lei si spaventa, piange, scappa. Da allora l'emetofobia non l'ha più abbandonata.

Un anno dopo tornerà su questo ricordo, arricchendolo di dettagli. Era inverno, la TV della cucina era accesa su un canale che trasmetteva una gara di sci. La madre imboccava la sorellina distrattamente, usando un cucchiaio troppo grande. Di fronte al vomito improvviso della sorella, Alice fugge gridando spaventata. Ricorda la madre che la insegue dicendole “non è un mostro, è tua sorella!”.

Descrive la madre come estremamente distante, anaffettiva e depressa. “La ricordo seduta sul divano, immobile, con gli occhi sbarrati, mentre mia nonna cucinava... avrò avuto cinque anni”; “ho ventitré anni e solo quando ero in ospedale a febbraio mia madre per la prima volta nella mia vita mi ha dato una carezza... qui sul ginocchio... dicendomi ‘fatti forza figlia mia’”.

Di origine calabrese, la famiglia si sposta a Torino quando Alice ha quattordici anni. I genitori, un autista e un'impiegata, trovano a Torino gli stessi lavori. Il trasferimento non è dunque per migliorare la loro condizione sociale ed economica: Alice dice che il padre voleva che i figli, due femmine e un maschio, frequentassero: “l'università al Nord”. Trovo che questo tempismo sia curioso, ma per ora la paziente non dà altre spiegazioni.

Mi parla delle sue crisi, della loro fenomenologia in questi vent'anni, di quello che sente – o non sente -, della paura di vomitare che segna il loro inizio.

Le chiedo che cosa, secondo lei, ha fatto peggiorare le sue condizioni lo scorso inverno.

Alice sembra congelarsi e dopo un attimo di sospensione, come chi è incerto del suo coraggio prima di un tuffo, esclama: “tanto prima o poi glielo avrei dovuto dire”.

Alice inizia a raccontare che fin da ragazzina è sempre stata affascinata dal mondo criminale. Mi racconterà che i film e libri gialli sono l'unica passione che condivide con la madre. Studentessa di giurisprudenza, nel 2014 partecipa con l'università a un laboratorio teatrale in un carcere ed è qui che conosce Mohamed, un trentenne di origine nordafricana che ha scontato i primi dieci anni di una pena di trenta. I molti reati per cui si trova in carcere vanno dalla rapina a mano armata al tentato omicidio.

Mohamed quando incontra Alice la prima volta nota le cicatrici sulle sue braccia e le chiede chi le ha fatto del male. “A volte può non essere stata una persona...”, risponde Alice.

“Se è una o due non importa, posso ucciderle entrambe” replica freddamente Mohamed.

In quel momento Alice si innamora di lui.



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Inizia una relazione epistolare, poi le visite in carcere. Alice conosce anche la numerosa famiglia di Mohamed. Racconta di quando la sorella di Mohamed l'ha accompagnata in auto a conoscere il fratello, in quel tempo latitante e sospettato di un omicidio. Racconta di come la sorella "scriveva su un taccuino di 'non parlare' a causa di possibili microspie in macchina" e di come per i mesi successivi a questo episodio Alice si sia sentita in pericolo, seguita, spiata.

Questa famiglia antisociale sembra il negativo perverso della sua: iper-controllante ("come ti vesti, con chi eri in quella foto su Facebook...") e in qualche modo "affettuosa" ("la sorella mi regalava sempre dei vestiti...").

Mohamed e la sua famiglia la fanno sentire unica, controllata, protetta. Lei a tratti sembra intravedere le intenzioni manipolatorie di lui, che tenta di farle credere che non è il criminale che sembra. Alice, che ha una rappresentazione di lui molto ambivalente, ha la fantasia di redimerlo.

All'inizio della terapia Alice non va più a trovarlo da mesi e lui le ha rispedito indietro tutte le sue lettere, lei tuttavia si rende conto che allontanarsi da Mohamed non è mai stato il suo desiderio, ma che è stata condizionata a farlo da una psicoterapeuta che l'aveva in carico prima di me – una terapia durata un anno - la quale le avrebbe chiesto di "chiudere con quel mondo". Eppure, Mohamed ha una funzione importante per Alice, che senza di lui precipita in un baratro depressivo e autodistruttivo dal quale si riprende stentatamente solo dopo un intero inverno.

Alla fine di questo primo colloquio sono turbato. Faccio pochi passi fuori dal CSM quando improvvisamente mi viene in mente che Alice assomiglia al personaggio interpretato da Juliette Lewis nel film "Natural Born Killers".

L'inizio del trattamento

Alice si presenta al secondo colloquio con i capelli rossi. Torneranno scuri dal terzo colloquio.

Una caratteristica di Alice è quella di mostrare un'immagine di sé varia e instabile.

Per lungo tempo mi è capitato di impiegare qualche secondo a riconoscerla ogni volta che le aprivo la porta del mio studio. Cambia la pettinatura e il colore dei capelli, a volte ha gli occhiali, si veste in maniere totalmente differenti, passa dall'essere estremamente trasandata al mostrarsi curata. La difficoltà nel farsi riconoscere va al di là del nostro rapporto: "la settimana scorsa ho incontrato la mia vicina di casa che mi ha chiesto perché stessi portando a spasso il cane di Alice".

Nei primi tre colloqui conoscitivi Alice si presenta vestita in maniera molto provocante. Dirà: "sono brava ad attirare l'attenzione degli uomini... anche se poi non riesco ad avere relazioni". È di buon umore, dice che era tanto che non stava così bene. Nei giorni successivi al primo colloquio è andata al canile e ha adottato un cane, Stella, di cinque anni. L'ha scelto perché secondo lei nessun altro l'avrebbe voluto: "era sola, triste, abbandonata".



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Con l'inizio della psicoterapia la paziente ha iniziato a volersi prendere cura di quella parte di sé "triste e abbandonata" come "un cagnolino che nessuno vuole".

Figlia di una donna gravemente depressa, una "madre morta" (Green, 1992), Alice dice che fin dall'infanzia solo il padre le è stato vicino durante le sue crisi: "quando non riuscivo a dormire in preda all'ansia, lui mi portava fuori a fare una passeggiata".

Allan Schore, come vedremo, sottolinea la natura strutturante e fondamentale nello sviluppo sano del Sé di una presenza materna emotivamente responsiva e sintonizzata sugli stati del bambino. Quando queste qualità materne vengono meno, si aprono le breccie del trauma e della psicopatologia.

"Partendo dalla fase simbiotica, un significativo disturbo della dissincronia della diade si verifica quando la madre, in uno stato di depressione, deve affrontare l'elemento stressante di un bambino disregolato. Durante questi episodi [...] [la madre] letteralmente abbandona emotivamente il bambino, cosicché lei cessa di partecipare alle funzioni psicobiologicamente regolatorie sé-altro. Questo impedisce al bambino la fusione simbiotica con la madre che porterebbe a entrare in un affetto strutturante che amplifica l'esperienza del mirroring. In questo caso, il bambino può dirigere il suo attaccamento verso il padre" (Schore, 1994, p. 418)

Il legame d'attaccamento di Alice con il padre è stato protettivo e fondamentale per scongiurare un esito psicopatologico più grave. Se un altro *caregiver* non fosse stato disponibile le sue parti malate e mortifere avrebbero potuto prevalere definitivamente su quelle vitali.

Della sua infanzia in Calabria inizia con il raccontare due avvenimenti importanti. Quando aveva tre anni scopre il fratellino piccolo in bagno gravemente ustionato dall'acqua bollente del *bidet*. Viene trasportato in un ospedale per gravi ustionati in elicottero, in pericolo di vita. Si salverà, ma Alice è rimasta estremamente turbata oltre che dal fatto in sé, da tutte le domande che gli hanno rivolto gli adulti. Ancora oggi ha il dubbio, accompagnato da un enorme senso di colpa, che forse è stata lei a bruciare il fratello, anche se non ha alcun ricordo in merito. Siamo di fronte a un altro esempio dell'inadeguatezza e dell'assenza della madre.

L'altra questione riguarda la sua pre-adolescenza. Di fronte all'assenza di limiti imposti dai genitori frequentava persone più grandi, tornava a casa alle cinque del mattino, fumava, beveva. A dodici anni ha avuto una relazione con un ragazzo di venti. Ricorda di come il padre, una volta scoperto il fatto, ribaltò rabbiosamente il tavolo della cucina.

Forse non siamo nella totale "confusione delle lingue" (Ferenczi, 1932c) tra adulti e bambini, ma siamo certamente sul terreno dell'abuso. Racconterà dei suoi dodici anni come un momento di cesura, proprio in quel



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciotto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

periodo il padre infatti parte per Torino, precedendo di due anni la famiglia. Allontanare la figlia da un ambiente inadeguato è una delle ragioni del trasferimento.

A Torino Alice si iscrive a un prestigioso liceo classico, frequentato con grande fatica e risultati modesti dove, racconta, gli insegnanti non facevano altro che umiliarla dandole della “stupida” e dell’“incapace”. Dopo quell’esperienza – che lei riporta come traumatica e che sembra aver minato per sempre la sua autostima, oltre ad aver nutrito un Super-io severissimo - vive l’università studiando in maniera ossessiva e ai limiti del masochismo: prepara gli esami studiando più libri di quelli consigliati dai docenti e li sostiene solo quando è certa di prendere trenta e lode.

Intanto si rende improvvisamente conto che le sue coetanee torinesi non sono come lei. Sono più “piccole”, non hanno avuto le sue esperienze, in particolare con l’altro sesso. Questa consapevolezza accende in lei un senso di colpa e una vergogna insostenibili. Si sente “sporca”. Questi sentimenti aumenteranno dopo la fine della prima “relazione seria” con un ragazzo, durata tra i sedici e i diciotto anni, quando lui le rinfaccerà tutto il suo passato. Durante questa relazione lei si sentiva “soffocata” e dopo non avrà che incontri occasionali o brevi relazioni di “giorni, settimane, due mesi al massimo”. Con l’eccezione di Mohamed.

“Mi fa sentire protetta... la prigione è il luogo di Torino che io vivo come il più sicuro... anche durante gli attentati in Francia stando con lui in prigione sapevo che non poteva succedermi nulla”. Alice ammette che con lui è “protetta” anche dalla dimensione del sesso, che lei vive con estrema ambivalenza.

Sorprendendomi, nel corso delle prime sedute dirà che la sua paura di vomitare è la paura di “tirar fuori” qualcosa, un’emozione: “la rabbia”. Lei non si arrabbia mai con gli altri. Siamo di fronte a un “ipercontenuto” ingestibile e indigeribile in un contenitore inadeguato (Ferro, 2002).

Di fronte alle umiliazioni subite dai suoi docenti delle superiori reagiva ridendo e il giorno dopo si presentava in classe con dei graffi sul volto in modo che tutti vedessero: la rabbia si può agire direttamente solo su di sé.

Ritengo che una delle funzioni di Mohamed sia quella di far le veci della sua rabbia, esternalizzata in questa persona a sua volta rinchiusa in una gabbia da cui non può uscire. L’unico contenitore che può reggere una rabbia così grande deve avere le mura spesse di una prigione.

Poche ore dopo il secondo colloquio mi scrive un messaggio dicendo che durante la seduta ha cominciato ad avvertire un malessere come quello che anticipa le sue “crisi”. Mi spiegherà nel terzo e ultimo colloquio conoscitivo che lei non sopporta di essere “vista” quando sta male.



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Vista la sua ambivalenza sul farsi “vedere” le propongo di usare il lettino, cosa che lei accetta con sollievo, dicendo “io quando sto male mi metto sempre sdraiata... sono abituata, preferisco”.

Le avrei proposto comunque l'uso del lettino, essendo la mia modalità preferita. Ogden (1997) sostiene che cambiamenti quantitativi del setting come lo scarso numero di sedute, o anche solo una seduta alla settimana, non debbano influenzarne la qualità. Io trovo questa posizione più comoda per ascoltare, sentire e pensare. Con Alice una ragione ulteriore sta nel fatto che lei fin da subito ha usato il suo corpo in maniera seduttiva, vestendosi in maniera provocante e talvolta fuori luogo. Evitare il *vis à vis* è anche stato un mio agito a contrastare quello che all'epoca ho vissuto come eccesso di seduttività.

Le comunico anche che inizieremo una psicoterapia con una frequenza di due sedute alla settimana che durerà fino al dicembre del 2018, quando finirà la mia collaborazione con l'ASL.

Etiche

Nell'estate del 2016 Alice si invaghisce di un suo compagno di corso: “la sua figura mi affascinava... poi quando ho scoperto il lavoro che fa ho cominciato a pensarci spesso...”.

Si tratta di un maresciallo dei carabinieri con il quale Alice ha una breve storia, interrotta da lui di fronte alla fermezza con cui lei voleva mantenere anche il rapporto con il detenuto. “Mohamed mi fa sentire protetta e il carabiniere mi ha fatto sentire protetta da Mohamed”. Da una parte il criminale rabbioso, dall'altra chi combatte e reprime la violenza sregolata.

Come futuro avvocato, Alice vorrebbe occuparsi della condizione dei detenuti nelle carceri e del loro reinserimento nella società.

Alice dice di essere attraversata da un'“etica interna” e un'“etica esterna”.

La prima è quella che la vuole più libera e libertina, seguendola si troverebbe a sedurre uomini con il fine di ricevere un'effimera gratificazione narcisistica.

La seconda è un'istanza superegoica estremamente colpevolizzante e mortificante, che la giudica severamente impedendole non solo di vivere gli eccessi della prima, ma di vivere *tout court*: “questa parte, anche se la chiamo esterna, è quella più profonda e radicata”.

Si può ipotizzare che i suoi genitori, di fatto assenti – con parziale eccezione del padre - sia sul piano dell'affetto sia su quello della norma, non avendo introdotto un limite strutturante ai desideri dell'Alice bambina abbiano impedito l'integrazione di un Super-io maturo, lasciandola in balia di queste due polarità estreme.

La “madre morta” ha anche nutrito l'istinto di morte della paziente: “il mio periodo buio mi piaceva... ritirarmi da tutto... non so se voglio guarire, non so se voglio vivere”. Chiusa nella sua stanza, al buio dell'inverno, Alice si



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciotto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

sentiva in pace, libera da conflitti e paure. Arriva a dire che se la terapia risolvesse le sue crisi emetofobiche - e relative aggressioni al corpo - lei potrebbe tornare in pace a sprofondare nel suo "buco nero".

Due anni dopo, nell'ottobre 2019, riproporrà la dicotomia tra queste due "etiche" con una connotazione differente: l'"etica esterna" va a sovrapporsi al falso Sé della paziente, consistendo in tutto ciò che secondo lei "deve fare" per essere apprezzata, ovvero un certo percorso di studi, avere certe ambizioni sociali, un elevato livello culturale e la necessità di sedurre gli uomini per affermare il suo "valore"; l'"etica interna" invece diventa la parte più autentica della paziente, il punto di vista dal quale è in grado di riconoscere ciò che le è alieno e dunque di dire "in realtà non desidero davvero fare il magistrato" o "non mi interessa davvero leggere questo saggio di filosofia".

Dopo circa un anno di terapia le crisi ansiose ed emetofobiche sono cessate e l'umore della paziente oscilla tra la depressione più nera, dove Alice sembra trovarsi a suo agio, e una condizione mal tollerata di "piattezza" priva di emozioni, che la paziente imputa agli psicofarmaci. La psichiatra dell'ASL le ha prescritto antidepressivi e ansiolitici che la paziente assume in maniera irregolare.

"Lo chiamo buco nero come quello di *Alice nel paese delle meraviglie*, nel cartone lei però in fondo trova il paese delle meraviglie... io invece... forse quello è il mio paese delle meraviglie, a me piace, vorrei stare sempre così [...] Ora prevale la parte che 'sta bene', ma in realtà sono vuota, quando ero nel mio buco nero almeno sentivo qualcosa... nessuno lo sa a parte lei, tutti mi vedono in giro, sorridente, fisicamente mi muovo..."

Nell'estate del 2017, poco prima della ripresa delle sedute, mi scriverà in un messaggio dei suoi pensieri suicidari. La sua fantasia era quella di gettarsi dal quinto piano del suo palazzo. Il messaggio arriva alla quinta settimana di interruzione della terapia. Per quanto la coincidenza sui piani del palazzo e sul numero di settimane possa essere un caso, ritengo che questa crisi sia stata anche conseguenza della prima pausa estiva, che Alice ha percepito come un abbandono.

Un anno dopo, nel settembre 2018, salterà le prime due sedute dopo l'interruzione estiva poi, la notte prima di presentarsi in seduta mi scriverà un lungo messaggio in cui, lamentandosi della futilità dell'esistenza, mi dirà che ha cercato su internet metodi per suicidarsi. L'umore particolarmente depresso di Alice in questo periodo dell'anno sembra ancora una volta correlato alla separazione estiva, oltre che alla fine dell'estate e dunque "l'inizio di un altro anno", che la paziente vive con angoscia. Come vedremo, ottobre è storicamente il mese più difficile per Alice.

Transfert e controtransfert

Il transfert si è dispiegato rapidamente su più livelli. Da una parte l'idealizzazione e la seduzione, dall'altra sentimenti di indegnità coerenti con l'inadeguatezza del *caregiving* materno.



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Alice si svaluta e si preoccupa eccessivamente dell'altro, in questo caso me, che potrei "annoiarla", trovare che lei non sia "una paziente interessante". Teme che potrei "addormentarmi" se mi "ammorba" con le sue questioni. "Io sono un peso", "spero che lei sia pagato", "quante ore *deve* fare per specializzarsi?", "stavo uscendo per venire da lei e già pensavo 'poverino ora mi deve ascoltare un'ora'". Cerco di sottolineare questo suo pregiudizio facendole vedere come si ripete in tutte le sue relazioni - crede ad esempio che sia il suo attuale fidanzato, sia il carabiniere e probabilmente anche Mohamed non l'abbiano mai amata - oltre a esplicitare che sembra ci sia qualcosa in lei che ritiene essere "insostenibile per gli altri".

La propensione della paziente a preoccuparsi del terapeuta prima che di se stessa è parte di ciò che Green (1992) ha definito come sindrome della madre morta, ovvero l'aver avuto come oggetto di accudimento primario una figura gravemente depressa.

In questi casi il bambino smette di occuparsi di sé e della propria mente e inizia a occuparsi della mente del *caregiver*, da cui dipende la sua sopravvivenza fisica. Se ogni madre avrà inevitabilmente dei momenti di assenza o indisponibilità a tenere in mente il figlio, sarà solo se queste lacune nell'accudimento emotivo sono eccessive che il bambino imparerà a occuparsi più della mente dell'altro che della propria.

Questa dinamica si ripete per gran parte delle sedute del primo anno di terapia. Di fronte al suo ennesimo "spero di non annoiarla", ho provato a fare un intervento di questo tipo: "forse la sua paura di rendermi indisponibile o di annichilirmi è la paura di scoprirmi come la madre depressa che non ha avuto la forza di vederla e di occuparsi di lei".

Lei sembra accettare acriticamente qualsiasi cosa io dica, tant'è che questa interpretazione non ha sortito effetti. Mi sono chiesto quanto possa essere utile fornire interpretazioni sature con pazienti di questo tipo. La consapevolezza di una dinamica transferale è poca cosa di fronte al buco nero che la presenza assente della madre ha creato: nessi e informazioni forniti da un'interpretazione restano su un piano cognitivo senza avere un potere trasformativo rilevante.

Muovendomi ancora a tentoni, a metà del nostro percorso decido di comunicare alla paziente quello che è il mandato del mio tutor di tirocinio: vedrò sì la paziente per venti mesi, ma non significa che a dicembre 2018 dovremo necessariamente interrompere. Questo sembra averla sollevata. Era qualcosa che avrei dovuto dire fin dalla prima seduta, se lo faccio ora mi rendo conto che è effettivamente per sollevarla dal suo timore che io sia "costretto ad averla come paziente", a costo però di intaccare questa linea di transfert. Non escludo che questo intervento potrebbe anche essere stato un mio movimento seduttivo nei suoi confronti nato dalla mia scarsa sicurezza come terapeuta alle prime armi: assicurare la paziente significava cercare di scongiurare un'irrazionale paura – speculare a quella della paziente - di "perderla" e dunque di essere realmente "inadeguato".



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciotto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

L'altra parte del transfert è quella idealizzante, seduttiva, isterica, che pare si sia messa in moto ben prima che io e la paziente ci incontrassimo. Durante la quinta seduta, non senza imbarazzo, Alice mi comunica di aver chiesto alla psichiatra del servizio di avere un terapeuta uomo “nonostante la paura di innamorarmi”. Mi dice che lei ha la tendenza a “creare rapporti morbosi con certe figure” e io potrei essere tra quelle.

Tutto quello che dico viene preso come “oro colato”, durante i nostri silenzi lei dice di ripercorrere nella mente cosa ho detto per “fissarlo” e poi scriverlo su un quaderno appena torna a casa.

Riporto alcune frasi che Alice mi ha detto nel corso dei primi due anni di lavoro: “lei è fidanzato?”, “spero che lei abbia una relazione soddisfacente”, “lei è felice?”, “vorrei che lei mi vedesse anche in un'altra sede, così capirebbe meglio come sono”, “vorrei conoscerla fuori di qui, magari prendere una birra”, “non l'ho trovata su nessun social network, non usa il suo vero nome?”, “vorrei sapere cosa fa nella sua vita fuori...”, “quanti anni ha? È sposato?”, “devo aspettare la fine della terapia per bermi una cosa con lei?”.

Da una parte seduce, dall'altra mostra un bisogno ambivalente di essere rassicurata sul fatto che io sia capace di tenere i giusti confini.

Istintivamente ho cercato di raffreddare il clima emotivo del campo. Riportandola sul piano di realtà, ho spiegato il senso di regole e limiti, dunque che “no, non ci vedremo per una birra” e che il nostro rapporto è e sarà esclusivamente “professionale” anche quando arriveremo alla fine del percorso. Il mio controtrasfert prevalente nei primi mesi di trattamento era caratterizzato anche da un senso di gratificazione narcisistica, un fatto sufficiente ad allarmarmi e a farmi prendere provvedimenti.

Credo che Alice abbia cercato di ripetere una situazione di abuso, che, come vedremo, non si esaurisce con la relazione che aveva a dodici anni. All'inizio del lavoro ha ripetuto più volte che ha paura di “esplorare certe cose”, mostrandosi davvero preoccupata che entrambi potremmo non reggere.

Diversi mesi dopo, nella primavera del 2018, nei minuti finali di una seduta mi racconterà due episodi traumatici. All'età di cinque anni, passeggiando nella campagna calabrese, incontra un anziano pastore che la prende in braccio e le “mette la lingua in bocca”. Alice, spaventata, corre via e va a lavarsi la bocca e la faccia. Non racconterà mai a nessuno cosa è successo.

Due anni dopo l'incontro con il pastore, all'età di sette anni, Alice si reca a casa di una compagna di scuola. Il fratello dell'amichetta, un adolescente, le mostra dei video pornografici attraverso i quali lei impara che cos'è la masturbazione. Alice non tornerà più su questi racconti.

Per Alice il sesso è una merce di scambio, il mezzo attraverso il quale attira gli uomini e si sente da loro voluta, ma da cui non sa trarre alcuna soddisfazione. Almeno fino all'estate 2017, quando subito dopo la seduta in cui consolido i confini del setting esplicitandoli, Alice inizia a frequentare Luca.



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Racconterà che è uscita da quella seduta delusa e arrabbiata con me in quanto l'avrei "rifiutata". Contemporaneamente ritiene che io mi sia arrabbiato con lei a causa dei suoi tentativi di sconfinamento. Per questo motivo ha deciso di accettare l'invito di un'amica a una festa di compleanno, cosa che normalmente avrebbe rifiutato per rimanere chiusa in casa. Qui conoscerà un ragazzo con il quale intratterrà una relazione di pochi mesi, nella quale però, per la prima volta, racconta di riuscire a vivere il sesso in maniera piacevole e soddisfacente.

Alice continua di tanto in tanto a fare domande personali ma, autonomamente, ha descritto con questa consapevolezza il suo movimento e i risultati del mio, collegandolo alla sua relazione con Mohamed: "a me piace attirare l'attenzione degli uomini... e ora mi viene da farlo con lei forse anche perché mi ha fatto capire che lei è 'off-limits', un po' come Mohamed che è in prigione."

Poi espone una dialettica "astratto" - "concreto" dove io insieme al detenuto e altre figure "off-limits fisicamente" cado nella prima categoria, mentre il "concreto" consiste nella vita quotidiana con persone "reali", la dimensione in cui lei "sta bene" in apparenza, ma anche quella che lei vive come "vuota" e "superficiale". Mi spiega un po' seccata che esplicitando chiaramente questi limiti io avrei messo freno alle sue fantasie su di noi rischiando di portare il nostro rapporto solo sul piano del "concreto". Questo mio intervento ha effettivamente tolto ossigeno al transfert, tuttavia comportandomi in maniera del tutto differente rispetto agli oggetti maschili del passato e presente di Alice penso di aver creato un contenitore più solido e sicuro per la paziente. Inoltre, ritengo che quello di Alice non sia il transfert erotico di una donna adulta nevrotica, ma qualcosa di più primitivo legato ai traumi degli abusi subiti, all'"abbandono" da parte della figura paterna a dodici anni e infine – o meglio al principio - alle gravi carenze nelle cure materne. Da qui l'esigenza di fare un lavoro che non sia semplicemente interpretativo, ma che fornisca alla paziente un'esperienza trasformativa come quella che può avvenire nella relazione con un oggetto significativo quale è il terapeuta.

Significativo è il racconto di un sogno, avvenuto dopo i movimenti appena descritti, dove sono evidenziate chiaramente l'ambivalenza della paziente verso di me e le conseguenze nefaste di un possibile agito collusivo con le sue fantasie:

"ho sognato che eravamo fidanzati. Lei fuori di qui era diverso, più simpatico e solare [Alice mi disse in altre circostanze che mi ha immaginato nella mia vita privata come "arrogante", "stronzo", "freddo", "di destra"], stavamo bene insieme. Poi poco prima di avere un rapporto sessuale lei si trasformava, diventava un nano mostruoso tipo quello di *Twin Peaks*, io continuo a ripetermi 'non è lui! Non è lui!', poi rimango paralizzata e penso che sto per impazzire."



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Dopo circa un anno di terapia Alice ha iniziato una relazione con Paolo, un coetaneo proveniente da una famiglia benestante che molto si preoccupa per suo il benessere, svolgendo un'importante funzione di sostegno pratico ed emotivo. Sostenitore della psicoterapia, spesso è intervenuto per ricordarle di non saltare le sedute.

Un giorno, all'inizio del secondo anno di terapia, Paolo accompagna in seduta Alice la quale lo fa inaspettatamente entrare in studio. In questo momento la paziente è molto depressa e ha bisogno di qualcuno che la "trascini" in seduta. Con questo *enactment* voleva farmi conoscere il fidanzato, il quale a sua volta voleva parlarci per condividere la sua preoccupazione per le condizioni di Alice. Parliamo pochi minuti prima che io lo congedi per iniziare la seduta. Mi stupisce un mio pensiero che segnala la natura del mio controtransfert in questa fase: "avessi una figlia mi piacerebbe uscisse con un ragazzo così."

Alice poco dopo racconterà proprio che sta con Paolo anche per fare contento il padre. Non prova particolari sentimenti verso di lui e quando ne parla non si intravede particolare trasporto emotivo. Tuttavia, le dà sicurezza e lo usa come un supporto affidabile. Insieme a lui ha iniziato a osare a mangiare cibi per lei nuovi. Significativo il racconto in cui Alice, per la prima volta, riesce a "mischiare" tipi diversi di vino, rosso e bianco, senza il timore di vomitare.

Confini

Gli *enactment* e i tentativi di Alice di violare i confini della relazione terapeutica non si esauriscono nello spazio fisico e mentale dello studio dove ci incontriamo, ma continuano extra-seduta nel mondo virtuale di internet. Come segnala Gabbard (2017) il cyberspazio va a modificare in maniera significativa la cornice in cui lavoriamo. È normale oggi ricevere dai pazienti e-mail o messaggi su *WhatsApp*, ma la conseguenza più grande della normalità di internet nelle nostre vite consiste nell'erosione del tradizionale anonimato del terapeuta.

Sebbene noi ci presentiamo ai pazienti come individui con un certo aspetto, un certo gusto nel vestire o arredare lo studio, una maniera di esprimerci, per non parlare della scelta di soffermarci su certo materiale del paziente piuttosto che altro, si ritiene importante ridurre al minimo necessario l'esposizione di noi stessi.

Google e i social network rendono questo compito particolarmente difficile, per non dire impossibile.

Nella relazione terapeutica con Alice, i movimenti a violare il setting tradizionale grazie a Internet sono avvenuti in entrambe le direzioni. Nel momento in cui la paziente mi comunica il nome completo di Mohamed, decido incautamente che cercherò informazioni su questo personaggio.

Questo fa nascere un problema: che fare delle informazioni che ho trovato – l'accusa di stupro e altri dettagli cruenti della sua carriera criminale – che la paziente non ha mai portato in seduta? In che modo queste informazioni possono influenzare i miei interventi? Comunicare alla paziente che io so qualcosa che lei ha omesso



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

metterebbe a rischio la nostra alleanza terapeutica e la spingerebbe a parlare prematuramente di cose che per ora vuole tenere nascoste.

Da parte sua Alice ha cercato a lungo di trovarmi sui social-network, comunicandomi nel tempo i suoi tentativi vani. Io sono iscritto a *Facebook* e *Instagram* senza utilizzare il mio nome o immagini visibili pubblicamente in cui compaio.

Mi sento dunque tranquillo e al sicuro finché nell'estate 2018 una notifica del telefono mi comunica che "Alice ti sta seguendo su Instagram". Visto il mio scarso utilizzo dell'applicazione non mi sono reso conto che chiunque può vedere le foto che ho caricato nel tempo senza nemmeno dovermi chiedere un'autorizzazione.

Nella seduta successiva Alice non farà alcun commento su questa invasione. A fine seduta decido quindi di menzionare io la sua intrusione, che lei spiega dicendomi che ha aggiornato il telefono e che quindi "Instagram deve aver aggiunto automaticamente il suo contatto perché ho il suo numero". La dinamica tecnica di questa circostanza non mi è affatto chiara, tuttavia le spiego la necessità di "bloccarla" impedendole di continuare a curiosare. Nella seduta successiva mi dirà che ha fatto in tempo a vedere una mia foto che mi ritrae insieme alla mia compagna, oltre ad alcune immagini di certi locali e luoghi che le avrebbero fatto intuire alcune cose sul mio conto.

"Pensavo che lei fosse un conservatore e invece la pensiamo uguale!".

Capiterà nel corso delle sedute successive che lei faccia commenti sulla situazione politica attuale, parlandomi con fare complice. La parte di transfert in cui mi vede come un'"arrogante, stronzo, di destra" svanisce.

Tenendo conto che i suoi problemi principali non ruotano attorno a conflitti riguardanti l'autorità e la norma, l'evaporazione di questo pezzo di transfert non mi sembra cosa grave, anche perché ora la paziente si sente meno sola e più compresa, cosa che ritengo fondamentale.

Mi chiedo inoltre quanto questi suoi severi giudizi su di me siano stati pure proiezioni della paziente e quanto il risultato di un certo mio atteggiamento artificiale e freddo che ritenevo necessario per proteggere il mio anonimato, mantenere l'astinenza e la neutralità di fronte al materiale portato dalla paziente. Ora mi rendo conto che nella prima fase della terapia questo mio atteggiamento - che definirei come "caricatura di uno psicoanalista" - potrebbe essere stato una difesa utile ad abbassare la temperatura emotiva.

Nei due anni di terapia che Alice ha svolto nell'ambito del mio tirocinio al CSM, le perturbazioni del setting sono state frequenti. Oltre ad agiti quali l'ingresso del fidanzato in studio, Alice saltava non poche sedute, spesso senza preavviso, oppure arrivava in ritardo.

Caratteristica peculiare della nostra cornice era la gratuità della terapia, che, come abbiamo visto, turbava la paziente facendola sentire in colpa, un "peso" che secondo lei per me sarebbe stato difficile da sostenere. Un



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

altro esito del non pagare la terapia era l'assenza di conseguenze concrete nell'eventualità di sedute saltate senza preavviso adeguato. Solo nell'ottobre 2019 Alice ha deciso di riprendere il percorso terapeutico accettando, come vedremo, un nuovo contratto che prevede il pagamento di tutte le sedute con una frequenza scesa a un incontro a settimana.

Nella prima tranche di terapia presso il CSM Alice si è quasi sempre presentata alle sedute con un puntuale ritardo di dieci minuti, resistendo quasi sempre a interpretazioni che andavano a sondare la sua rabbia nei miei confronti. In generale Alice non sembra interessata a cercare spiegazioni delle sue violazioni del setting che vadano al di là della sua esperienza soggettiva di "confusione" e "disorientamento"; a volte, immobilizzata a letto dalla sua angoscia depressiva, sembra non ricordarsi che giorno sia, capire che ore sono, riuscire a tenere a mente coordinate temporali. Credo che Alice abbia avuto ragione e io torto: con una paziente "al limite" non è decisivo il classico lavoro interpretativo alla ricerca dell'*insight*, ma il potenziale trasformativo della relazione terapeuta-paziente.

Dopo i primi mesi di terapia si instaura un rapporto di dipendenza, come è chiaro dall'angoscia e dalla rabbia causate dalle inevitabili separazioni che Alice percepisce come abbandoni, soprattutto in estate. È proprio durante la seconda pausa estiva che inizia a scrivere un diario in cui cerca di mettere su carta sensazioni, emozioni, impressioni. La forma che sceglie di usare è quella del dialogo con il terapeuta assente concretamente ma ormai presente nel suo mondo interno. Nei suoi scritti si rivolge a me chiamandomi "capo". Lei vorrebbe che io avessi una funzione paterna di guida, ma credo sia possibile interpretare questa sua curiosa espressione anche in una chiave materna: "testa", "mente", dunque "contenitore". È proprio nel mettere a disposizione del paziente la propria capacità di contenere, trattare, elaborare, regolare affetti e contenuti mentali più o meno grezzi che a mio avviso sta il cuore della cura psicoanalitica.

La relazione come fattore di malattia e di cura

Secondo Cremerius (1985) all'interno della comunità psicoanalitica si possono distinguere due modi di intendere la tecnica e la cura. La tecnica classica, o *terapia della "comprensione interna"*, è rivolta essenzialmente a quei pazienti che si trovano nel campo edipico, in tensione tra desiderio incestuoso (con una madre vista come compagna del padre) e angoscia di castrazione, e che hanno bisogno di essere aiutati a raggiungere lo stadio genitale dell'organizzazione libidica. Lo strumento principale dell'analista è l'interpretazione, il cui oggetto è il *contenuto* in sé, il rimosso, le difese, le resistenze, la riproposizione della nevrosi nel transfert. Proprio l'esperienza del transfert, nella misura in cui consente una migliore comprensione interna e una modificazione strutturale dell'io - dunque dei rapporti di forza nel conflitto tra le tre istanze - è la chiave della cura.



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Contrapposta alla “tecnica classica” vi è quella che Cremerius citando Alexander (1948) chiama *terapia dell’esperienza emotiva correttiva*, definizione che a mio avviso trascina con sé una connotazione troppo normalizzante e alla quale preferisco *esperienza emotiva trasformativa*. Gli analisti di questo gruppo allargano le indicazioni terapeutiche della psicoanalisi e situano l’eziologia del disagio psichico nelle fasi pre-edipiche dello sviluppo, mettendo al centro l’importanza della relazione del bambino con la madre. La diade madre-bambino detronizza Edipo e diventa centrale anche come metafora che descrive il rapporto analista-paziente. Questo è il caso dei pazienti con funzionamento “al limite” come Alice. Se per la teoria classica il transfert è inteso come ripetizione di desideri pulsionali i cui oggetti non corrispondono a quelli reali ma a fantasie su di essi, ora il transfert è riconosciuto come la ripetizione di relazioni precoci vissute e iscritte nelle dimensioni non rimosse dell’inconscio: il “conosciuto non pensato” di Bollas (1987), l’inconscio pre-riflessivo (Stolorow e Atwood, 1992) e le varie accezioni della memoria procedurale e implicita (Mancia, 2006).

Da qui la sensazione della paziente di potermi annichilire “ammorbandomi” con i suoi discorsi, retaggio di memorie pre-verbali in cui sentirsi “un peso eccessivo” è effettivamente accaduto. Con pazienti “al limite” non si tratta più di risolvere un *confitto* intrapsichico ma di riparare, attraverso la relazione con il paziente, al *deficit* conseguente a relazioni oggettuali disfunzionali. Il focus non è più – o non più esclusivamente – sull’*insight*, ma sulle modalità con le quali l’analista può mettere la sua mente al servizio del paziente per aiutarlo a sviluppare quegli strumenti mentali che presentano carenze: nel caso di Alice la capacità di riconoscere e regolare gli affetti, gravemente minata da una prima infanzia con una madre depressa, non responsiva, non accudente, incapace di sintonizzarsi sugli stati emotivi della figlia.

Assumendo quest’ottica diventa chiaro come ad esempio la mia insistenza nell’interpretare i ritardi della paziente come espressioni della sua aggressività non poteva essere molto utile, per lo meno nelle prime fasi del lavoro, quando Alice non era ancora in grado di riconoscere, contenere e parlare la sua rabbia. Quello di cui ha bisogno la paziente è una relazione significativa che consenta la graduale introiezione del contenitore e della capacità di pensare/sognare del terapeuta, ovvero la sua funzione Alfa (Bion 1962). Questo può avvenire se la paziente, nel tempo, si sente vista e riconosciuta nei suoi stati emotivi – esperienza rarissima nella vita di Alice -, oltre che aiutata nell’identificare e regolare le emozioni. Per usare un linguaggio bioniano, nella terapia i “fatti indigeriti” (Bion, 1962) possono trovare la possibilità di venire trasformati/alfabetizzati per la prima volta in pensieri ed emozioni. Queste trasformazioni non possono avvenire attraverso le classiche interpretazioni volte a *decodificare* o *tradurre* ciò che *in realtà* sta dicendo o facendo il paziente, ma attraverso interventi per lo più “insaturi” – ovvero che lascino un’apertura di senso – atti a cogliere, riconoscere, comprendere e condividere le emozioni sottese al racconto del paziente, con il fine a lungo termine di allargare le sue capacità creative, ovvero la sua



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

capacità di creare quella “poesia della mente” che è il frutto della *funzione psicoanalitica della personalità* (Civitarese, 2014).

Nel caso di Alice siamo di fronte a un deficit della funzione α , conseguenza di una indisponibilità e incapacità della mente del *caregiver* di contenere e metabolizzare gli elementi β della figlia (che si traduce nell'interiorizzazione da parte di quest'ultima di una funzione α carente).

Questa indisponibilità materna si configura come *trauma*: sensorialità in eccesso che supera la capacità di significazione di una funzione α deficitaria e, seguendo Ferenczi, disconoscimento da parte del *caregiver* di parti della soggettività del bambino.

Ferenczi individua già nel 1908 una serie di disposizioni genitoriali potenzialmente traumatiche che si possono sintetizzare nella definizione di “noncurezza” o trascuratezza emozionale (1908), fatta di disattenzione, lontananza, insensibilità, indifferenza, svalorizzazione, non-rispetto dei limiti, tirannide e sfruttamento (Borgogno, 1999a); atteggiamenti che, intimamente legati all'incapacità del genitore di riconoscere le specificità del bambino, non forniscono l'Io di un ambiente adeguato al suo sviluppo, che rimane coartato e privo dell'“immunizzazione” necessaria a proteggersi dallo scivolamento verso l'*inesistenza* e l'*assenza di forza vitale* (Ferenczi, 1929a), quel “buco nero” in cui talvolta Alice ha timore e voglia di scivolare.

Il bambino di Ferenczi, così come quello descritto da Winnicott qualche decennio dopo, ha bisogno di un contesto ambientale che sappia venirgli incontro, che non lo forzi ad adattarsi all'altro attraverso i disconoscimenti provocati dalla “noncurezza” traumatica ma, al contrario, che si adatti a lui nella misura di un riconoscimento del suo essere separato e del suo essere *bambino*.

Compito essenziale del terapeuta è, a mio avviso, quello di fornire al paziente un ambiente adeguato per “realizzare il suo potenziale”, ovvero l'espressione del suo vero Sé. L'unicità e la specificità di ogni soggetto sono qualcosa di fragile e prezioso, che può svilupparsi solo in un ambiente fatto di soggetti capaci di riconoscere e accettare l'alterità.

Che la mente sia risultato di un incontro intersoggettivo è assodato e riconosciuto da prospettive differenti. Bion, introducendo la dialettica contenitore-contenuto già afferma la matrice necessariamente intersoggettiva della capacità di pensare i pensieri e di riconoscere e regolare gli affetti – e ovviamente dei relativi deficit. La natura fondamentale relazionale della soggettività, del Sé e della qualità degli strumenti mentali che ognuno di noi ha a disposizione è riconosciuta ormai dalla quasi totalità degli orientamenti psicoanalitici, oltre che da discipline che negli ultimi decenni tanto hanno contribuito alla nostra comprensione dello sviluppo normale e patologico



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciotto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

del sistema mente-corpo quali l'Infant Research (Riva Crugnola, 2006), le neuroscienze e la neuropsicoanalisi (Damasio 1999; Gallese 2009; Schore, 2003a, 2003b; Solms, Turnbull, 2002).

Le interazioni madre bambino nel primo anno di vita – fondamentali per lo sviluppo degli stili di attaccamento – stabiliscono la base per i processi regolatori - neuropsicobiologici – tra madre e figlio e *“determinano l'ottimale o disfunzionale crescita dell'emisfero destro del bambino, con la complessa rete di sviluppo neuronale e sinaptico e il derivante processo di mielinizzazione [...] L'emisfero sinistro riceve input maggiori in fase critica di crescita dopo il secondo anno di vita, in combinazione con l'intervento, solitamente, di un secondo caregiver, che assume maggiore importanza affettiva a questa età”* (Mucci 2020, p. 9).

Scissione e integrazione

Seguendo i criteri proposti da Kernberg (1975) non è difficile diagnosticare il funzionamento al limite di Alice.

Con un esame di realtà sostanzialmente intatto, la paziente riesce a differenziare le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto mostrando tuttavia difficoltà nell'integrare immagini contraddittorie di Sé e degli altri. La normale sintesi delle introiezioni e delle identificazioni, che produrrebbe una stabile identità dell'Io, è impedita da un uso patologico della scissione (ibidem).

Il risultato è la diffusione dell'identità, evidente anche solo dall'apparenza cangiante di Alice. La difesa primitiva essenziale alla base di queste dinamiche è la scissione, ampiamente utilizzata.

Questa difesa va differenziata ovviamente dalla rimozione nevrotica - che si accompagna a un lavoro di simbolizzazione che emerge con il ritorno del rimosso - ma anche dalla scissione che produce la frammentazione che concerne la psicosi (Green, 1976). La specificità della scissione nei casi-limite consiste nel fatto che si sviluppa su due livelli: il primo tra mondo interno ed esterno, il secondo all'interno della sfera psichica. Il primo livello di scissione definisce i contorni dell'Io, le cui frontiere negli stati-limite si presentano mobili e precarie, seguendo un movimento di espansione e contrazione che risponde alle angosce di separazione e di intrusione. Questa barriera mobile a protezione contro la disintegrazione avvolge un Io vulnerabile, allo stesso tempo rigido e privo di coesione.

Il secondo livello di scissione – o dissociazione - opera nel mondo psichico interno, creando un arcipelago di nuclei isolati. Nessuna isola è in contatto con le altre, producendo la sensazione di un insieme di relazioni contraddittorio, restituendo l'immagine di un Io non coeso e incoerente (ibidem). Come è facilmente riscontrabile entrando in relazione con i casi-limite, l'incoerenza è determinata dalla presenza di pensieri, affetti e fantasmi contraddittori, mentre l'assenza di coesione si esprime nel sentimento di distacco, di disinteresse che cela una



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

perdita di vitalità, nell'impressione di futilità generalizzata e nella difficoltà di sentirsi esistere e di essere presente per gli altri. Si tratta di manifestazioni del vuoto fondamentale di cui fa esperienza il soggetto. Ognuno di questi nuclei, secondo Green, sarebbe investito di narcisismo positivo e mantenuto isolato dagli altri da un investimento narcisistico negativo, mentre nella nevrosi si è di fronte a un investimento narcisistico unificato contrapposto a investimenti oggettuali positivi o negativi (ibidem). La funzione di legame svolta da Eros è sopraffatta dall'istinto di morte, di cui la scissione, insieme al disinvestimento radicale causato dalla depressione primaria, è espressione.

Pensieri, affetti e rappresentazioni permangono contrapposti senza nessuna possibilità di sintesi. Nei pazienti come Alice si manifesta chiaramente la difficoltà di Eros nel svolgere la sua funzione di legame: *“il discorso sul caso-limite non è una catena di parole, di rappresentazioni o di affetti; è più paragonabile a una collana i cui fili sono rotti”* (ibidem). L'assenza di unità implica un'assenza di coesione della soggettività che si traduce in un sentimento di disinteresse, distacco, tendenza verso *“il grado zero dell'eccitamento”*, difficoltà nel percepirsi presenti a se stessi e per gli altri, dunque in una generale impressione di futilità: *“per il navigatore che consulta le carte, le isole dell'arcipelago, che sono abitate, contano più del mare circostante. Per i casi-limite avviene il contrario: questi nuclei isolati dell'io assumono minore importanza del vuoto che li circonda”* (Green 1991).

Alice nel giro di poco tempo può passare dal vedere Mohamed come oggetto parziale cattivo, ad esempio un persecutore che la costringe a uscire di casa con la paura di poter essere sfregiata con l'acido da qualcuno dei suoi complici - timore durato alcune settimane -, al ritenerlo totalmente buono, amorevole e protettivo. In una seduta nel primo anno di terapia dove Mohamed veniva narrato come oggetto parziale buono è stato sufficiente ricordare alla paziente le minacce che questi aveva mosso verso suo padre per provocare una precaria integrazione delle parti che veniva segnalata da un'improvvisa evoluzione dell'umore in senso depressivo, a cui poco dopo seguiva un ulteriore cambio di registro sul versante isterico, una sorta di fuga che di fatto spezzava la seduta in un prima e un dopo.

Disconoscimento traumatico e istinto di morte

La clinica freudiana ruota attorno alla questione del desiderio, della pulsione e della sua soddisfazione. A partire da *L'interpretazione dei sogni* Freud delinea una metapsicologia che vede l'apparato psichico come un campo di battaglia in cui pulsioni e difese lottano nei confini tra inconscio e coscienza. Tuttavia, prima del 1897 Freud accordava un'importanza fondamentale all'ambiente e al suo impatto nell'eziologia della psicopatologia. Egli riteneva che la natura del trauma infantile fosse di carattere essenzialmente sessuale, descrivendolo secondo due momenti principali: una prima scena di seduzione in cui il bambino subisce un approccio sessuale da parte di un adulto e una seconda scena, durante la pubertà, che rievocando la prima causa un surplus di eccitazione che



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

travolge le difese dell'Io. Successivamente, in una lettera a Fliess (22/9/1897), Freud scriverà di aver compreso grazie all'esperienza dell'analisi clinica che il trauma sessuale della seduzione in realtà appartiene al mondo della fantasia e risponde alla soddisfazione dei bisogni pulsionali dei pazienti.

L'abbandono dell'ipotesi della seduzione reale orienterà l'interesse degli analisti verso una clinica del conflitto intrapsichico e della rimozione, ritardando però l'affermarsi di un modello che dia sufficiente importanza all'ambiente e all'*interpsichico*, dunque al trauma (Albasi, 2006). Un'importante eccezione è rappresentata dal lavoro dello psicoanalista ungherese Sándor Ferenczi il quale riteneva che la cura attraverso l'abreazione di cui parlava Freud negli *Studi sull'Isteria* non fosse sufficiente, reputando indispensabile anche un'esperienza relazionale riparatrice:

“Pare che i pazienti non possano credere, o almeno non completamente, alla realtà di un avvenimento se l'analista, unico testimone del fatto, mantiene un atteggiamento freddo, anaffettivo e, come i pazienti lo definiscono, puramente intellettuale, mentre gli avvenimenti sono di natura tale da suscitare in qualsiasi spettatore sentimenti e reazioni di rivolta, di angoscia, di terrore, di vendetta, di lutto, e propositi di un aiuto sollecito onde rimuovere o distruggere la causa o il responsabile [...] Si può dunque decidere di prendere veramente sul serio il ruolo di osservatore benevolo e soccorrevole, vale a dire di lasciarsi effettivamente trasportare con il paziente in quel dato momento del suo passato (pratica che Freud mi ha rimproverato come proibita), con il risultato che entrambi, noi e il paziente, crediamo in questa realtà, cioè in una realtà presente e non, per ora, collocata nel passato...” (Ferenczi, 1932a, 75-76)

La cosa più importante di tutto ciò è il fatto che l'abreazione di quantità traumatiche non basta, la situazione deve diventare differente da ciò che è propriamente traumatico per rendere possibile una diversa soluzione favorevole (p. 182).

Ferenczi nel 1932 comprende l'importanza di ciò che oggi chiamiamo sintonizzazione emotiva, rispecchiamento, partecipazione emotiva attiva:

“Per la prima volta l'analista è in grado di collegare alcuni sentimenti con l'evento originario e di conferire così all'accaduto il sentimento di un'esperienza reale. Nel medesimo tempo la paziente riesce ad acquisire una convinzione molto più profonda che nel passato della realtà di quegli eventi tante volte ripetuti sul piano intellettuale” (p. 62).

La partecipazione affettiva del terapeuta può restituire al paziente il senso di una verità emotiva di ciò che è effettivamente accaduto nelle sue esperienze con le figure di accudimento, ma anche, attraverso il ruolo del terapeuta come testimone, un pezzo di realtà emotiva viene riacquisita e riconosciuta, nel senso di andare oltre



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

quel disconoscimento che è la cifra del “non sapere” traumatico, caratterizzato da buchi dissociativi. Il corpo sa, mentre la mente e le emozioni non possono toccare quella realtà finché un altro significativo non consenta di ricucire le parti dissociate attraverso la sua partecipazione emotiva. Se ciò non accade la distruttività di sintomi e comportamenti viene continuamente riproposta (Mucci 2020). In questi contesti il ruolo tecnico dell'interpretazione passa in secondo piano: *“poiché lo stato traumatico non può essere rappresentato, esso è immutato dall'interpretazione. [...] Ciò che si richiede inizialmente nella terapia non è un'elucidazione del conflitto psichico, ma una ristrutturazione della relazione interna tra sé e altro”* (Laub, Auerhahn, 1989; in Mucci 2020 p.203).

Il “ricordare” di cui parla Freud in “Ricordare, ripetere, rielaborare” (1914) resta importante ma oggi non possiamo più ritenere che si tratti di un processo fondamentalmente intrapsichico. Questo processo è infatti possibile solo nell'incontro tra due soggettività, in un rapporto dialogico di due sistemi corpo-mente in relazione (Schoore 2019).

Nel caso di Alice il trauma si situa nella relazione con una madre disturbata probabilmente da depressione post-partum, la quale non è stata mai in grado di *vedere e rispecchiare* la figlia. Una madre mentalmente assente non è capace di sintonizzarsi con gli stati mentali della figlia e a riparare le naturali dissintonie. Secondo Schoore (2019) si può parlare propriamente di trauma relazionale infantile quando nei primi 18 mesi di vita del bambino non si stabilizza (o se non viene ripristinata in tempi adeguati) la fondamentale sintonizzazione tra gli emisferi destri della diade madre-figlio. Questa situazione configura ciò che Mucci (2013) definisce “trauma relazionale di primo livello”.

“[...] il caregiver non riesce a compiere in modo ottimale la funzione regolatoria da cui dipendono il funzionamento e il mantenimento ottimale dei parametri vitali del piccolo. La funzione regolatoria è anche alla base della corretta valutazione degli stimoli provenienti dall'esterno del corpo (esterocettivi) e della corretta valutazione degli stimoli propriocettivi (interni). [...] l'attaccamento sicuro dipende dalla sintonizzazione neurobiologica della madre non con la cognizione e il comportamento del bambino, ma piuttosto con le alterazioni dinamiche dell'arousal autonomo del bambino (ovvero con la dimensione energetica dello stato affettivo del bambino). Perché questa comunicazione interpersonale abbia successo, la madre deve essere psicobiologicamente sintonizzata con il crescendo e decrescendo dello stato interno del bambino basato sull'arousal del SNA e del SNC.” (Mucci 2020, p. 12).

Dunque, seguendo Mucci e Schoore (2019), attraverso il collegamento emisfero destro-emisfero destro e le comunicazioni non verbali visuo-facciali, tattili-gestuali e auditive-prosodiche, il caregiver e il bambino imparano



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

ognuno la struttura ritmica dell'altro e modificano il loro comportamento per adattarsi a quella struttura, quindi co-creando un'interazione specificatamente adattata momento per momento.

Nella storia di Alice è probabile che la madre, depressa, assente e incapace anche di nutrire i figli con modalità adeguate, abbia più e più volte indotto nella figlia stati di *arousal* e di dissociazione a causa di livelli inadeguati di stimolazione, oltre che lasciare Alice troppo a lungo in uno stato di mancanza di stimolazione e scambio, situazione che induce la risposta neurobiologica del *neglect*.

Anche André Green, da una prospettiva differente, ipotizza che la relazione con un caregiver primario inadeguato quale la "madre morta" sia alla base dei processi dissociativi espressione dell'istinto di morte, non più considerato innato ma frutto di un'esperienza ambientale sfavorevole, in particolare di una grave carenza nelle funzioni materne di accudimento.

Nel caso di Alice l'istinto di morte, oltre che nell'attacco alle funzioni coesive e integrative che chiamiamo "Eros" – dunque l'uso massiccio della scissione -, il disinvestimento depressivo e gli attacchi al sé-corporeo, si manifesta anche in una grande difficoltà ad abbandonare l'oggetto cattivo internalizzato. Inutile dire come questa dinamica renda arduo il processo di cura, spiegando il progredire stentoreo della paziente e i momenti di frustrazione e regressione:

"Nella mia esperienza, i passi indietro, le recrudescenze aggressive, i peggioramenti periodici dopo progressi notevoli, mostrano un bisogno di mantenere a qualunque costo una relazione con un oggetto interno cattivo. Quando l'oggetto cattivo perde il suo potere, non sembra esserci altra soluzione se non quella di farlo riapparire, di procedere alla sua resurrezione sotto forma di un altro oggetto cattivo. Che assomiglia come un fratello a quello precedente e al quale il soggetto si identifica. Più che di una indistruttibilità dell'oggetto cattivo o del desiderio di assicurarsene il controllo, si tratta qui della paura che la sua scomparsa lasci il soggetto davanti all'orrore del vuoto, senza che il tempo porti mai a una sostituzione da parte di un oggetto buono disponibile. L'oggetto è cattivo, ma è buono in quanto esiste, perfino quando non esiste come oggetto buono". (Green 1991, p. 84)

Essere in balia dell'oggetto cattivo – in questo caso la "madre morta", o ciò che Mauro Mancina definisce come "oggetto traumatico" (Mancina, 2010) – sembra pur sempre preferibile che affrontare il vuoto dell'assenza dell'oggetto buono. Ancora Green:

"La successione delle distruzioni e delle riapparizioni, che fa pensare a un'idra dalle mille teste, sembra ripetere il modello di una teoria [...] della costruzione dell'oggetto, del quale Freud diceva che è conosciuto nell'odio. Ma questa ripetizione compulsiva è dovuta al fatto che il vuoto, qui, può essere investito solo negativamente: l'abbandono da parte dell'oggetto non porta a un investimento di uno spazio personale, ma a un'aspirazione



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

torturante verso il nulla, che trascina il soggetto in un gorgo senza fondo [...]. Questa tentazione del nulla è, più che l'aggressività, che ne è solo una conseguenza, il vero senso della pulsione di morte. La carenza delle cure materne la favorisce: o forse la crea? (Green 1991, p. 84-85, sottolineatura mia).

Secondo Green la distruttività interna di questi pazienti non è necessariamente innata o temperamentale, come ritiene Kernberg (1975), ma deriva da relazioni reali caratterizzate da maltrattamento o deprivazione, relazioni primarie che oggi riconosciamo essere alla base dei fenomeni a suo tempo riconosciuti da Freud come pulsione di morte: *“la pulsione di morte scinde, Eros integra. Nell'opera di Freud, la scissione, come la intendo in questo lavoro, può essere riferita all'azione della pulsione di morte, che si oppone all'azione unificatrice di Eros”* (Green 1991, p. 111). Green ci aiuta a comprendere i nessi tra pulsione di morte – intesa come risultante di deprivazione di cure materne – dissociazione e vuoto: *“Nella rimozione, dove il ritorno del rimosso è simbolizzato, demandato ad altre rappresentazioni, agli affetti o ai loro derivati, l'energia psichica è legata. I legami sono intatti e possono essere utilizzati per altre combinazioni [...]. Nella scissione, invece, i termini sono oggetto di una distruzione o di un'alterazione tale che soltanto con uno sforzo considerevole di costruzione immaginaria un analista può tentare di ricostruire che cosa siano stati tali legami [...]. Le conseguenze della differenziazione tra rimozione e scissione sono cruciali. Il ritorno del rimosso dà il via a un segnale di angoscia. Il ritorno degli elementi scissi si accompagna, invece, a sentimenti di grave minaccia: smarrimento, Hilflosigkeit (Freud), annichimento (Klein), disperazione senza nome (Bion) e disintegrazione o supplizio (Winnicott)”*. (Green, 1991, p. 113).

Una particolarità dell'inadeguatezza della madre di Alice sta nella difficoltà a toccare il corpo della figlia. Una difficoltà che ha dell'incredibile: la paziente non ha ricordi di contatti fisici affettuosi con la madre almeno fino all'età di ventitré anni quando, ricoverata in ospedale, riceve una carezza sul ginocchio. Un gesto simile si ripeterà solo nel 2018 in seguito a un'altra ospedalizzazione della paziente. In questo contesto ambientale è inevitabile pensare a come il corpo di Alice non abbia ricevuto il giusto investimento libidico da parte della madre.

Come ci ricorda Bollas (2001) l'origine dell'isteria va ricercata, oltre che nella cultura patriarcale della nostra società, nel mancato investimento erotico della madre verso il bambino, in particolare verso i suoi genitali. Nelle relazioni primarie che sfociano nell'isteria troviamo da parte della madre non più che una “prestazione manuale” nei confronti del figlio. La madre comunica un'ambivalenza verso il corpo sessuato del figlio, svilito per quanto riguarda i genitali e d'altro canto esaltato in parti del corpo alternative, zone erogene spostate che potranno servire da successivi canali di eccitamento. Non è difficile immaginare che qualcosa del genere sia accaduto con Alice. Tuttavia ritengo che alcuni suoi tratti apparentemente isterici – su tutti la seduttività, la difficoltà a provare piacere nel sesso, una certa frivolezza pseudo-infantile che si intravede a tratti – siano più probabilmente frutto dell'internalizzazione di una diade vittima-aggressore seguita a esperienze traumatiche secondarie –



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

consideriamo come primario il trauma della prima relazione oggettuale con la “madre morta” - che vedono come aggressore protagonista il maschile: il pastore anziano che la molesta quando lei ha cinque anni, il ragazzino più grande che la mette di fronte a filmati pornografici quando Alice ha sette anni, il “fidanzato” ventenne di una Alice dodicenne. Queste situazioni di abuso e disconoscimento configurano ciò che Mucci definisce “trauma relazionale di secondo livello” (Mucci 2013).

Identificazione con l'aggressore

Il trauma relazionale di primo livello – come quello da “oggetto traumatico” subito da Alice – è di per sé alla base dei disturbi gravi della personalità, mettendo in moto processi dissociativi e difficoltà nella regolazione affettiva. Radicalmente incompatibile con un attaccamento sicuro, la relazione traumatica primaria compromette ogni possibile resilienza di fronte a eventi traumatici secondari, ciò che Mucci (2020) definisce il “trauma relazionale di secondo livello”, ovvero i maltrattamenti e gli abusi che hanno esito nell’“identificazione con l'aggressore”: un'identificazione del sé e del corpo che può avvenire sia con il ruolo della “vittima” sia con quello del “persecutore”. Ferenczi fu il primo ad intuire questa dinamica (1932a, 1932b).

L'identificazione con l'aggressore è la conseguenza fondamentale del trauma da abuso. Il bambino subisce ciò che Ferenczi definisce “frammentazione dell'anima”, con meccanismi dissociativi, internalizzazione e introiezione di affetti negativi provenienti dall'aggressore (senso di colpa e aggressività dissociate), creando nel bambino una parte “vittima” legata alla colpa e una parte “persecutore” del proprio sé o dell'altro, legata all'aggressività internalizzata: *“I bambini si sentono indifesi fisicamente e moralmente, la loro personalità è ancora troppo lontana dall'essersi consolidata perché essi siano in grado di protestare sia pure solo mentalmente; la forza prepotente e l'autorità degli adulti li ammutolisce, spesso toglie loro la facoltà di pensare. Ma questa stessa paura, quando raggiunge un certo livello, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinare tutti gli impulsi di desiderio e, dimentichi di sé, a seguire questi desideri, identificandosi completamente con l'aggressore. Con l'identificazione, diciamo meglio con l'introeiezione dell'aggressore, quest'ultimo scompare come realtà esterna; l'evento da extrapsichico diviene intrapsichico. Ora tutto ciò che è intrapsichico soggiace, in uno stato onirico come è appunto la trance traumatica, al processo primario, il che significa che può essere modellato secondo il principio del piacere: trasformato in allucinazioni positive e negative. Il fatto che l'aggressore cessi di esistere come rigida realtà esterna, fa sì che nella trance traumatica il bambino riesca a mantenere in vita la situazione precedente, col suo carattere di tenerezza. Ma nella vita psichica del bambino il mutamento più importante, provocato dall'identificazione per paura col partner adulto, è l'introeiezione del senso di colpa dell'adulto; questa introiezione fa apparire come un'azione colpevole un gioco considerato fino a quel momento innocente”* (Ferenczi 1932b, p. 420, sottolineature mie).



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Il bambino vittima di violenza si identifica con un sé vittima o con un sé persecutore dislocato nel corpo; questo spiega la frequenza degli attacchi al corpo (il proprio o quello dell'altro) nei pazienti al limite, corpo diventato vittima dell'aggressività persecutoria internalizzata. La diade vittima-persecutore viene quindi replicata in un ciclo che mette la vittima a forte rischio di ripetizione o rivittimizzazione (Mucci 2013).

L'identificazione con l'oggetto traumatizzante sarà alla base della scarsa fiducia che il soggetto traumatizzato ha nelle proprie sensazioni, aderendo alla realtà dell'aggressore: *“Il bambino, sconvolto dallo shock dell'aggressione intempestiva e dallo sforzo di adattamento, non ha una sufficiente capacità di giudizio per condannare la condotta di tali persone autorevoli. I deboli sforzi fatti in questo senso sono brutalmente e minacciosamente respinti dal colpevole, e il bambino viene accusato di menzogna. Egli, inoltre, è intimorito dalla minaccia di vedersi privato dell'amore e persino di essere sottoposto a sevizie fisiche. Ben presto comincia anche a dubitare dell'attendibilità dei propri sensi oppure – cosa più frequente – si sottrae all'intera situazione conflittuale rifugiandosi in sogni ad occhi aperti e assolvendo d'ora in poi come un automa i compiti della vita di veglia”*. (Ferenczi 1932a, pp 289-290)

Piuttosto che accettare la realtà intollerabile di non essere amato dal caregiver, il bambino nella posizione di vittima preferisce pensare che sia lui a sbagliare l'interpretazione di ciò che è accaduto, si adatta negando la realtà, dubitando dei propri sensi e convincendosi che la colpa sia sua:

“[la vittima] è inerme, confusa, vorrebbe combattere contro la volontà dell'autorità adulta, contro l'incredulità della madre etc. Naturalmente non può e si trova di fronte alla scelta: è il mondo intero che è cattivo o sono io nell'errore? Opta per l'ultima ipotesi. Conseguentemente, spostamenti e interpretazioni distorte delle sensazioni, che sfociano nei sintomi descritti” (Ferenczi 1932a, p. 146, sottolineature mie).

Il bambino crede che *“non può essere vero che tutto ciò mi sia capitato, altrimenti qualcuno sarebbe venuto in aiuto”*, e il paziente *“preferisce dubitare della correttezza del proprio giudizio”* (p. 76). La distorsione cognitiva ed emotiva – non è stato l'altro ad abusare di me ma è “colpa mia” – è la base della ripetizione del trauma, creando le dinamiche personali e le credenze che in età adulta portano alla ricerca di una nuova rivittimizzazione o a ripetere l'abuso sull'altro.

Le vittime di abuso diventano dunque aggressori di sé stessi e del proprio corpo, con modalità che vanno dall'autolesionismo a comportamenti autodistruttivi quali abuso di alcool o sostanze, promiscuità sessuale, masochismo. In questi casi il proprio corpo è una sorta di altro che gioca la parte della vittima rispetto all'aggressore interiorizzato. Compito della terapia è quello di dis-identificare il paziente sia rispetto al corpo vittimizzato sia rispetto all'aggressore interno, cosicché possa liberarsi di queste parti insieme alle emozioni



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

connesse (inferiorità, vergogna, impotenza, disperazione, schifo di sé, rabbia, odio, vendetta, aggressività). In caso contrario le relazioni traumatiche continueranno a manifestarsi, se non con il persecutore reale come parti interne di vittima e persecutore nei sintomi e negli agiti.

Nel caso di Alice ritengo che gli abusi di tipo sessuale siano centrali per comprendere il suo modo di relazionarsi con il maschile e il proprio corpo. Ciò che ha subito a cinque e a sette anni non è stato mai riconosciuto da un adulto né ha potuto essere elaborato da Alice. Dopo la prima aggressione Alice scappa e cerca di sciacquarsi la bocca come a ripulire invano lo schifo che c'è stato, ma non dice una parola con nessuno. Il senso di colpa e la vergogna hanno preso il sopravvento: è lei ad essere "sbagliata". Dopo aver "scoperto la masturbazione" davanti a un video pornografico e a un ragazzo di quattordici anni, Alice racconterà – mostrando un enorme senso di colpa – che poco tempo dopo spiegherà alla sorellina più piccola come si fa a "toccarsi". La sua relazione con un ragazzo di vent'anni è già espressione della ripetizione del trauma, intrecciata inoltre a ciò che lei percepì come abbandono da parte del padre.

I tentativi di seduzione che Alice mise in atto all'inizio della terapia sono gli stessi che ha agito in tutti gli ambiti della sua vita con figure "più grandi", in qualche modo inaccessibili oppure "proibite": nel corso del primo anno di lavoro mi racconterà ad esempio di un suo flirt con un professore universitario.

La ripetizione nasconde la speranza segreta di un esito differente. Per questa ragione è importante, oltre che ripercorrere con la paziente i fatti traumatici offrendo la propria partecipazione emotiva e ciò che Mucci (2020) chiama *embodied witnessing* - la testimonianza incarnata di chi, in un secondo tempo, può sentire e restituire al paziente emozioni e affetti perduti - offrire ad Alice, così come a qualunque paziente *al limite*, l'esperienza emotiva trasformativa data da una relazione significativa con un oggetto che si rifiuta di giocare il copione che la diade vittima-persecutore del paziente ha previsto per lui.

Creare una nuova e differente relazione interiorizzata sé-altro (e relativi affetti) che possa farsi spazio nel teatro interno della paziente è stata una tappa fondamentale del lavoro con Alice.

In Alice, oltre che la ricerca di oggetti abusanti, è stato possibile osservare una tendenza inconsapevolmente sadica e aggressiva diretta contro il maschile. Ad esempio, la paziente racconta che in occasione delle malattie terminali dei suoi nonni (paterno e materno), è scesa in Calabria per prendersi cura di loro e dei loro corpi sfiniti come un'infermiera dallo zelo eccezionale, provocando stupore in tutti i famigliari per la sua insolita energia e dedizione.

L'aggressività di Alice, il principale degli *iper-contenuti* in carenza di *contenitore*, ciò che fatica ad esprimere o che teme di gettare fuori improvvisamente come il vomito di cui ha terrore, non si esaurisce nel ciclo della ripetizione



traumatica o nei comportamenti sadomasochistici ma come vedremo può toccare dei picchi di distruttività pericolosi, espressione di quell'istinto di morte che ritengo essere originato e alimentato dal sovrapporsi del trauma relazionale primario con gli abusi successivi.

Il suicidio nel disturbo borderline e nel narcisismo patologico

Ottobre è un mese particolare per Alice. La fine dell'estate, l'inizio di un nuovo ciclo, di un nuovo anno accademico. È nell'ottobre del 2016 che Alice sprofonda per la prima volta nel baratro che la porta all'ospedalizzazione e al Centro di Salute Mentale.

Nell'ottobre 2017, dopo sei mesi di psicoterapia, Alice intravede l'inverno e manifesta il timore di poter "sprofondare ancora". Durante l'interruzione per le festività natalizie mi scriverà del suo malessere chiedendosi se è opportuno continuare la terapia.

Una notte dell'ottobre 2018 ricevo una telefonata da un numero sconosciuto. È il fidanzato, mi comunica che Alice si trova con lui al pronto soccorso perché ha tentato un "gesto estremo" ingerendo una confezione di antidepressivi e di ansiolitici.

Nelle sedute immediatamente precedenti al suo tentativo anticonservativo Alice mi ha raccontato a lungo di Eugenio, un ragazzo di quelli che definisce "astratti" in quanto fortemente idealizzati.

Eugenio è un viaggiatore, mai fermo per più di due mesi nello stesso posto, vaga per il mondo conducendo una vita varia e libera che si può immaginare agli antipodi di quella di Mohamed, rinchiuso nel grigio di una cella. Allo stesso modo di Mohamed però è inaccessibile. Eugenio passa a Torino solo per brevi periodi, durante uno dei quali inizia una relazione con Alice.

Poco prima che lui riparta per andare in Sud America lei gli dichiara il suo amore. Non si tratta di un sentimento autentico, il suo esporsi è una mossa che mette in gioco tutto il suo "orgoglio" per riuscire a "conquistarlo". Si tratta di un gioco di potere dove secondo Alice uno dei partecipanti deve "vincere" e l'altro necessariamente "perdere". Eugenio in questa circostanza cerca di mettere un limite ad Alice e ai suoi sentimenti, percepiti come esagerati e inopportuni.

Venerdì, due giorni dopo la telefonata del fidanzato, è il giorno consueto della nostra seconda seduta settimanale, alla quale Alice non può partecipare essendo ricoverata presso il SPDC. Decido di andare a trovarla.

Mi stupisco nel vederla di buon umore. Mi racconta di Eugenio e di come, in preda ad emozioni che lei non riesce chiaramente a nominare ma nelle quali sembra che la vergogna, la rabbia e l'umiliazione siano confusamente in primo piano, ha deciso di "spegnere tutto". Dopo aver assunto i farmaci ha telefonato immediatamente al



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

fidanzato per farsi soccorrere. Una volta giunti al pronto soccorso ha insistito perché il fidanzato mi informasse. Alice non aveva davvero intenzione di uccidersi, ma di mettere a tacere emozioni insostenibili mandando allo stesso tempo una richiesta d'aiuto - alla famiglia, al fidanzato, a me - e un messaggio carico di aggressività verso l'oggetto idealizzato rifiutante. Durante i suoi giorni di permanenza in SPDC, infatti, informerà Eugenio del suo gesto e gli chiederà più volte di venire a trovarla, evenienza prontamente impedita dallo psichiatra del reparto.

Più volte nel corso della terapia Alice ha parlato di morte.

Nel commentare il suicidio di un suo conoscente – un ragazzo di 22 anni che viveva nel suo paese in Calabria - afferma: “quando l'ho saputo ero contenta. Ero contenta per lui perché è riuscito a farlo. Ora non deve più soffrire”.

Alice, nei momenti più depressivi, vede la propria morte come occasione di sollievo e in alcuni momenti particolarmente bui è arrivata a cercare su internet metodi per togliersi la vita. Sostiene che ciò che l'ha sempre trattenuta è l'evitare di dare un dispiacere troppo grande al padre.

Nel caso della paziente ritengo che nella sua suicidalità e autodistruttività siano visibili diverse modalità di funzionamento, una propriamente “borderline” e impulsiva, l'altra di natura narcisistica.

Nella vita mentale di Alice è sempre presente la paura della vergogna e dell'umiliazione - sentimenti disregolati e insostenibili - il non sentirsi all'altezza, la dinamica per cui “valere qualcosa” significa aderire ad aspettative altrui ed esserne l'oggetto del desiderio. Cresciuta in un ambiente emotivo quasi del tutto desertificato, si difende da frustrazioni e ferite antiche sviluppando un sé grandioso che coesiste con un'estrema vulnerabilità (Kernberg, 1975). La sua tensione perfezionista – ad esempio per quel che riguarda i risultati scolastici – non ha nulla a che vedere con quella dei pazienti ossessivi che affrontano richieste estreme da parte di un Super-io ingombrante e sperimentano il relativo senso di colpa. Nel caso dei pazienti con organizzazione borderline di personalità non si è mai arrivati alla normale risoluzione del complesso edipico e possiamo parlare solo di precursori del Super-io (Mucci, 2020). Per Alice costringersi a studiare con un impegno spropositato e sostenere gli esami solo con la certezza di ottenere il massimo dei voti è un mezzo utile a proteggersi dai sentimenti di vergogna e umiliazione: non può tollerare di essere seconda a nessuno. Il suo Ideale dell'Io la spinge a confronti impegnativi con compagni di università ed ex-compagni del liceo, la vuole proiettata in una carriera di Magistrato, nella posizione di chi infine avrà l'ultimo giudizio sull'altro.

Il tempo perduto nella preparazione meticolosa degli esami la pone già in una posizione di svantaggio rispetto ai suoi “competitori”, di volta in volta invidiati, idealizzati o svalutati. Per non parlare dei confronti impari che si trova a fare con i figli della borghesia torinese rispetto ai quali si sente irrimediabilmente in difetto. Non poter



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciotto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

essere la migliore per Alice ha significato a lungo “non valere nulla”. Questo è lo sfondo sul quale si staglia una depressione di natura narcisistica: il senso di colpa nevrotico è assente in favore di un senso di inadeguatezza spietato. In questo quadro un gesto anticonservativo può configurarsi come presa di coscienza di un fallimento senza rimedio rispetto alle aspettative irrealistiche dell'Ideale dell'Io. Ma non è questa la dinamica che, in questa circostanza, spinge Alice al suo gesto.

Il rifiuto da parte di questo ragazzo provoca una ferita narcisistica fatta di vergogna, rabbia e umiliazione. Il vissuto di essere rifiutati, così come tutte le emozioni legate alla perdita e all'abbandono, provocano in Alice una tempesta emotiva impossibile da affrontare. Le sue stesse emozioni non sono chiare, ma sente che sono “troppo”. Il suo gesto assolve la duplice funzione di “spegnere tutto” ciò che è incapace di regolare adeguatamente e di inviare un messaggio a chi l'ha ferita, una rivendicazione aggressiva attraverso il senso di colpa che il destinatario di questo gesto si suppone dovrà provare.

Gesti dimostrativi come quelli di Alice restano pericolosi nella misura in cui sono guidati da un'impulsività rabbiosa e possono avere esiti imprevedibili.

La suicidalità della paziente a mio avviso si muove su tre direttrici strettamente legate tra loro:

1. la reazione rabbiosa di fronte alla frustrazione, il gesto improvviso ed eclatante, non pianificato e pericoloso, tipico del funzionamento al limite.
2. il lento strisciare di un istinto di morte costituito da processi dissociativi – alla base del sentimento di vuoto e del senso di futilità dell'esistenza - e alimentato da oggetti cattivi internalizzati.
3. le esigenze irraggiungibili di un Ideale dell'Io fonte di costante invidia, frustrazione e umiliazione.

L'episodio di ottobre 2018, benché si sia espresso con modalità tipiche del soggetto borderline non si può ridurre semplicemente a uno solo di questi aspetti, tutti esito dei traumi di primo e di secondo livello che la paziente ha subito e saldamente intrecciati nel plasmare il mondo interno e il funzionamento della paziente.

Alice riprenderà le sedute dopo una settimana di ricovero in SPDC. Lo psichiatra del reparto ha deciso di toglierle tutta la terapia farmacologica, causando uno spostamento dell'umore in senso depressivo ma allo stesso tempo consentendole di sentirsi “più in contatto” con sé stessa, per usare le parole della paziente. Comincerà per la prima volta ad essere puntuale e regolare nelle sedute. Nel quadro di questa rinnovata motivazione a prendersi cura di sé, la fine del mio tirocinio presso l'ASL ci impone un cambiamento del nostro contratto. Alice dovrà pagare le sedute, o meglio dovrà convincere i genitori a farlo per lei, non essendo in questa fase in grado di lavorare. Nonostante la mia proposta di un onorario contenuto, i genitori di Alice, da sempre incapaci di vedere, tollerare



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

e comprendere il malessere della figlia nella misura in cui non sia evidente nel corpo, si rifiutano di pagare costringendoci a interrompere.

Ottobre 2019, ripresa e nuovo contratto

Nell'ottobre 2019, circa dieci mesi dopo la sua ultima seduta, Alice mi scrive chiedendo di fissarle un appuntamento. Racconterà che dopo l'interruzione ha vissuto un periodo di relativo benessere in cui è riuscita a vivere "una vita quasi normale", sostenendo due esami universitari, continuando la sua relazione con Paolo, a volte osando uscire la sera per svagarsi "come le persone normali".

Questo precario equilibrio comincia a vacillare in estate durante un viaggio in Calabria. Una domenica mattina accompagna la madre in chiesa e lì comincia a sentire i segnali di una delle sue "crisi". Ripetendo vecchie modalità, l'angoscia si trasforma in paura di stare per vomitare, innescando un cortocircuito da cui la paziente cerca di uscire procurandosi del dolore fisico. A questo episodio ne seguono altri sempre più ravvicinati, che portano la paziente a ritirarsi in una clausura a lei familiare. Smette di studiare, fatica a uscire di casa, si nutre solo di pochi cibi rigorosamente preparati da lei. Porta un sogno ricorrente: "sono in viaggio insieme ai miei genitori, ci stiamo allontanando dalla Calabria in nave per andare altrove, non so dove. Improvvisamente sento che sta per arrivare una delle mie crisi. Prima di partire avevo mangiato della carne cucinata da mia madre...". Il nutrimento di una madre morta è cibo tossico per la mente e il corpo di Alice, costretta a un viaggio che la allontana dalle sue radici.

Il nuovo contratto prevede una cadenza settimanale delle sedute, decisione presa da Alice e motivata essenzialmente da questioni economiche.

Ora Alice arriva puntuale, anche quando i presagi di una crisi d'angoscia la vorrebbero immobile a letto. È capitato spesso che mi scrivesse poche ore prima della seduta manifestando i suoi timori di "non farcela", ma è riuscita sempre ad arrivare per poi tranquillizzarsi in pochi minuti. Per i primi mesi ha escluso la possibilità di ricorrere ad aiuti farmacologici, sostenendo che uno "stare bene artificiale" l'avrebbe distratta dall'affrontare i suoi problemi. Solo recentemente, dopo che la frequenza delle sue crisi ha cominciato a diminuire - imparando modalità di autocontenimento - ha deciso di rivolgersi allo psichiatra che le ho indicato. Continua a non assumere antidepressivi ma accetta una terapia ansiolitica che utilizza al bisogno.

Il contenuto delle sedute in questa fase riguarda principalmente la narrazione delle sue crisi d'angoscia. Con impegno cerca di scoprire quali sono le scintille che le fanno scattare. Quasi sempre riesce a individuare gli eventi interpersonali e le sensazioni somatiche alla base dell'angoscia. Il lento lavoro di metabolizzazione di elementi beta e di regolazione delle emozioni le sta permettendo, con fatica, di sentire nella mente ciò che a lungo è rimasto relegato nel corpo senza altri sbocchi.



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Ora riesce a leggere la maggior parte delle sue crisi d'angoscia come qualcosa di psicogeno, attivato da particolari eventi ed emozioni. Riesce così a contenerle, quando non a prevenirle. Non capitano più gli episodi in cui si convinceva che il problema fosse corporeo, organico. Le circostanze peggiori per una "crisi" si verificano quando si sente "in trappola", ovvero in automobile con qualcuno, in coda in un negozio, in un luogo affollato, in un ristorante etc. La presenza di altre persone in un contesto di socialità dove per la paziente sarebbe "inopportuno" allontanarsi per vomitare innesca una sorta di feedback positivo che alimenta l'angoscia. È lo sguardo dell'altro, con il suo portato di umiliazione e vergogna, ad essere pericoloso. Ci vorrà ancora del tempo perché comprenda – non solo a livello simbolico-verbale - che il suo vomito non mi fa paura.

Parallelamente Alice si sta chiedendo che fare della propria vita. Un movimento molto importante sta nel suo osservare da prospettive differenti il senso del suo percorso di studi e le implicazioni per la sua autostima. Comincia ad osservare criticamente le richieste dell'Ideale dell'Io, in particolare il clima di estrema competizione, fatto di umiliazioni e di effimere soddisfazioni che ha caratterizzato gli anni del liceo. Per Alice la "mentalità del liceo" implica l'imperativo di una carriera che assicuri ricchezza e potere. Raggiungere la perfezione, "essere la migliore", è il compito impossibile e frustrante che ora, per la prima volta, vuole mettere in discussione. A pochi esami dalla laurea triennale, decide che li sosterrà con calma senza intenzione di proseguire nel biennio magistrale. Sta valutando altre facoltà per capire se trova qualcosa di più consono a ciò che chiama la sua "essenza". È incuriosita dai corsi di studi in "Scienze dell'Educazione", le piace l'idea di poter essere d'aiuto a qualcuno, "magari all'interno delle carceri", oppure "lavorare con dei bambini".

Nell'estate 2020 decide di interrompere la relazione con Paolo, giudicata sterile e inautentica, senza sentire la necessità di trovare un altro partner a farle da sostegno. È in questo periodo che Alice sembra divenire più consapevole dei vantaggi secondari del suo malessere. Il suo sentirsi inabile alla vita, invalida a causa di potenziali crisi sempre in agguato, la preserva dal prendersi responsabilità da adulta, su tutte quella di identificare e seguire i propri desideri.

Nel momento in cui scrivo Alice ha superato gli ultimi due anni in una condizione di relativa stabilità. Trascorrere l'inverno "senza sprofondare" è una novità che sembra spiararla. Oltre a scrivere la sua tesi di laurea ha iniziato a pagarsi le sedute senza l'aiuto del padre grazie a un lavoro come *baby-sitter* di diversi bambini che vivono nel suo quartiere, mostrando attenzione e curiosità per il loro mondo interno, nel quale cerca frammenti della sé stessa bambina. Uno di loro ha delle "crisi" di angoscia accompagnate da "nodi in gola che impediscono di deglutire": "quando sta male lo abbraccio e lui si sfoga piangendo. Io da piccola non ho potuto farlo con nessuno."



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Bibliografia

- Albasi C. (2006), *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. UTET, Torino.
- Alexander F. (1948), *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi*. Sansoni, Firenze 1969.
- Bion W. R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
- Bion W. R. (1963), *Elementi di psicoanalisi*. Armando, Roma 1979.
- Bollas C. (1987), *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Borla, Roma 1989
- Bollas C. (2001), *Isteria*. Raffaello Cortina, Milano 2001
- Bonomi C., Borgogno F. (a cura di) (2001), *La catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla teoria psicoanalitica del trauma* UTET, Torino.
- Borgogno F. (1999), *Psicoanalisi come percorso* Bollati Boringhieri, Torino
- Bowlby J. (1988), "Una base sicura", Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Civitaresse G. (2014), *I sensi e l'inconscio*. Borla, Roma.
- Cremerius J. (1985), *Il mestiere dell'analista*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Damasio A.R. (1999), *Emozione e coscienza*. Adelphi, Milano 2000
- Ferenczi S. (1908), *Psicoanalisi e pedagogia*, In *Opere*, vol. 1. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Ferenczi S. (1929), *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte*. In *Opere*, Vol IV, Cortina, 2002
- Ferenczi S. (1932a), *Diario clinico. Gennaio-ottobre 1932*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1988
- Ferenczi S. (1932b), *Psicoanalisi delle abitudini sessuali e altri saggi*, in "Fondamenti di psicoanalisi" vol III. Guaraldi, Rimini 1974.
- Ferenczi S. (1932c), *Confusione delle lingue tra adulto e bambino*, in *Opere*, Vol IV, Cortina, 2002
- Ferro A. (2002), *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ferro A. (2007), *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Raffaello Cortina, Milano.
- Freud S., Breuer J. (1892-95), *Studi sull'isteria*, OSF, vol.1



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Freud S. (1899), *L'interpretazione dei sogni*, OSF, vol. 3.

Freud S. (1904), *Psicoterapia*, OSF, vol.4

Freud S. (1914), *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*. OSF, vol 7.

Gabbard G. (2017), *Violazioni del setting*. Raffaello Cortina, Milano.

Gallese V. (2009), *Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social identification*. In *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 5, pp. 519-536

Green A. (1976), *Il concetto di limite*. In *Psicoanalisi degli stati limite*, Raffaello Cortina, Milano, 1991.

Green A. (1991), *Psicoanalisi degli stati limite*, Raffaello Cortina, Milano 1991.

Green A. (1992), *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Borla.

Green A. (2002), *Idee per una psicoanalisi contemporanea*. Raffaello Cortina, Milano 2004.

Kernberg O. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Bollati Boringhieri, Torino 1978.

Mancia M. (2006), *Psicoanalisi e neuroscienze*. Springer, Milano.

Mancia M. (2010), *Narcisismo. Il presente deformato dallo specchio*. Bollati Boringhieri, Torino.

Mucci C. (2013), *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*. Raffaello Cortina, Milano 2014

Mucci C. (2020), *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina

Ogden T. H. (1997), *Reverie e interpretazione*. Astrolabio, Roma 1999.

Riva Crugnola C. (2006), *Il bambino e le sue relazioni*, Raffaello Cortina.

Schore A. (2003a), *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio, Roma 2008

Schore A. (2003b), *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Astrolabio, Roma 2008

Schore A. (2019), *Right brain psychotherapy*. W.W. Norton, New York

Solms, Turnbull (2002), *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza oggettiva*. Raffaello Cortina, Milano 2004.



Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere ed ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Marco Sciutto

L'origine traumatica del funzionamento al limite – Il caso di Alice

Stolorow R. e Atwood G. (1992), *I contesti interpersonali dell'essere*. Bollati Boringhieri, Torino 1995.

Winnicott D. (1960), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 2000.

Winnicott D. (1971), *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale