

Mario De Vincenzo

*Tra ferita e cicatrice; dal vuoto alla rappresentabilità del negativo*

*Abstract*

Questo lavoro indaga il senso delle condotte autolesionistiche intese come modalità per creare una sorta di traccia del trauma negativo e più specificamente dell'azione del disinvestimento materno e delle forme di *non-mirroring*. La dialettica tra assenza, perdita e vuoto permette di comprendere le vicissitudini del negativo nella dinamica transferale e nei processi di pensiero. L'esplorazione clinica degli stati non rappresentati della mente si avvale di un esempio clinico che permette di evidenziare le difficoltà tecniche e la necessità del clinico di ricorrere a un lavoro di figurabilità psichica "in doppio" per ritessere le lacerazioni del tessuto rappresentativo del paziente.

This work investigates the sense of self-harming behaviors, designed as a way to create a kind of track of negative, trauma and more specifically the action of the mother's disinvestment and forms of non-mirroring. The dialectic between absence, loss and emptiness allows to understand the vicissitudes of the negative in the dynamic of transference and in thought processes. The clinical exploration of not represented states of the mind used a clinical example that allow us to highlight the technical difficulties and the need of clinician to use a work of psychic figurability "in double" to re-weave the patient's tears of representative fabric.

*Parole chiave:* auto-distruttività, trauma negativo, funzione-specchio, figurabilità, irrappresentabile

*Keywords:* self-destructiveness, negative trauma, mirror-function, figurability, unrepresentable

*Preambolo*

Il tema delle ferite ci spinge a riflettere sul senso e la funzione degli atti autolesionistici e della distruttività auto-diretta nelle costellazioni psichiche caratterizzate da un deficit di simbolizzazione. Tali ferite del corpo potrebbero rinviare a certe esperienze psichiche irraggiungibili o in difetto di iscrizione che marcano l'organizzazione mentale dei nostri pazienti e che aprono la via alle figure demoniache della ripetizione.

Anche all'origine della vita c'è una cicatrice; l'ombelico marca il taglio del legame originario con la madre e ci iscrive alla nascita come soggetti all'interno di una comunità umana.

La natura di questa prima cicatrice ci spinge ad analizzare le forme di perdita dell'oggetto e le sue vicissitudini. In tal senso, grazie all'esplorazione di un caso clinico, prenderemo in considerazione il taglio come marcatore dei limiti tra sé e l'altro e come operatore somato-psichico che *prefigura* uno stato mentale, ovvero come elemento che cerca di dare forma a un'angoscia non altrimenti figurabile.

L'emergenza della clinica contemporanea degli stati limite ci permette di riconsiderare un testo psicoanalitico di importanza capitale quale *La scissione dell'Io nei processi di difesa* (1938a), in cui la lungimiranza freudiana permette alle generazioni successive di analisti di andare oltre l'orizzonte della nevrosi e aprire la strada allo studio delle rotture e delle deformazioni dell'Io. Nel testo Freud evoca i fattori precoci che costringerebbero l'Io a deformarsi e ad amputarsi di una parte della soggettività per far fronte a una rottura della continuità psichica. Tale passaggio indicherebbe che la minaccia del fattore traumatico non è solo inerente alla castrazione e dunque alla perdita intesa secondo un registro nevrotico, ma ci rinvia a un momento della vita psichica in cui prevale la minaccia di disintegrazione e la rottura della continuità narcisistica.

Questa feconda linea di ricerca ha portato al fiorire di una letteratura psicoanalitica sui problemi clinico-teorici posti dalle strutture *non-nevrotiche* e al ruolo dei traumatismi precoci nelle costellazioni narcisistiche. Ma spesso tale pista viene presa in considerazione solo in relazione ai traumi "positivi", ovvero un evento interno o esterno che genera un'eccitazione psichica, in cui il fattore economico – il *quantum* energetico – è tale da non poter essere legato secondo i modelli abituali di trattamento

dell'eccitazione. Ciò che, invece, ci sembra euristicamente interessante per la comprensione e per il trattamento delle ferite narcisistiche è ciò che alcuni autori chiamano *trauma negativo*; tale nozione rinvia all'azione invisibile – in negativo – di qualcosa che non c'è stato, che non è accaduto, laddove qualcosa di essenziale, un gesto o la presenza dell'altro avrebbe dovuto esserci. Il riferimento principale all'articolo di Winnicott (1964) *La paura del crollo* rimanda appunto a un vissuto di terrore agonico legato a un dramma già vissuto che si riattualizza nella cura come perennemente attuale, perché tale crollo – il vissuto di morte psichica – ha già avuto luogo in un momento in cui la psiche immatura non poteva registrarlo e quindi renderlo rappresentabile. Tale fondo traumatico costituirà una ferita irreparabile che formerà una sorta di memoria amnesica, una traccia senza ricordo, che si manifesterà mediante le figure della ripetizione e attraverso i transfert passionali che irrompono nella stanza analitica. La natura negativa di questo trauma è tale proprio perché l'angoscia non figurabile è legata all'assenza del *Nebenmensch*<sup>1</sup> (Freud, 1895), che possa contenere i vissuti primitivi o costituire una barriera contro le eccitazioni. Tali riflessioni ci invitano a esplorare nel corso dell'articolo i processi psicogenetici che sono all'origine di tali ferite, che limitano l'Io confinandolo nell'immobilità della ripetizione, nei labirinti dell'auto-distruttività e nell'impossibile accesso ai processi di soggettivazione.

### *Caso clinico*

M. è una giovane donna che viene a consultarmi presso un CMPS<sup>2</sup> con estrema reticenza e difficoltà a causa di un corteo di condotte auto-distruttive che si alternano e si sovrappongono: crisi di bulimia, tagli autoinflitti sulle braccia, abuso di alcolici e di sostanze psicoattive. L'ambiguità della domanda si esprimerà fin dai primi colloqui, segnati da lunghi silenzi e dalla sua attesa costante di eco, commenti o domande da parte mia che la sollecitino o che ravvivino una seduta in cui impera l'ombra dei non detti e la difficoltà della paziente di ricorrere al suo ricco linguaggio per parlarmi del suo mondo interno. M. è una donna molto attraente, alterna un'attitudine da ragazzina

---

<sup>1</sup> Riprendo il termine freudiano *Nebenmensch* (1895), per indicare una funzione paradigmatica dell'essere umano prossimo, come colui che all'alba della vita permette all'*infans* di uscire dallo stato di *Hilflosigkeit*. *Nebenmensch* è l'essere umano prossimo che accompagna l'*infans* attraverso un insieme di funzioni materne e paterne (Richard, 2011).

<sup>2</sup> Centre médicale et psychosociale: si tratta di un'istituzione sanitaria che fa parte della rete per la salute mentale dove vengono effettuate consultazioni, psicoterapie psicoanalitiche e psicoanalisi.

seduttiva e una sofisticatezza di donna intellettuale che mi disorienta. Vive da due anni in una capitale europea dove svolge studi superiori di filosofia, dopo aver compiuto brillantemente un percorso accademico in ambito drammaturgico, che tutt'ora costituisce il suo ambito professionale.

La paziente è la terza componente di una fratria composta da due fratelli con problematiche psicopatologiche gravi. I genitori vengono descritti dalla paziente come delle persone molto discrete e che evitano fino alla negazione ogni forma di conflittualità, di problema o di sofferenza. Infatti, i sintomi e i lunghi periodi depressivi della paziente restano e resteranno sempre inosservati, pur avendo avuto origine durante la pubertà. Le congiunture familiari e i dinieghi massivi hanno celato ogni faglia e ogni debolezza di questa figlia perfetta, depositaria di un mandato di riparazione del narcisismo familiare.

Il diniego della sofferenza e dei vissuti depressivi marcherà tutti i nostri colloqui, segnati da una banalizzazione delle angosce invasive o da una fuga maniacale nel "fare", per non confrontarsi con un dolore che non ha diritto di cittadinanza nello spazio della relazione analitica né nella psiche di M. Ho spesso l'impressione controtransferale che la rabbia fredda, diretta verso i genitori, faccia irruzione attraverso i comportamenti auto-distruttivi che costellano la vita di questa giovane donna in cui, come nella sua famiglia, pare che tutto vada bene.

La paziente mi descriverà relazioni amicali e sentimentali in cui fa fatica ad affermarsi. M. non può dire ciò che pensa senza adattarsi al volere del suo interlocutore per poi sentirsi estranea a se stessa e agli altri. Ho l'impressione che anche nella nostra relazione la giovane donna si adatti a me, accettando e segnando su un'agenda ogni mio intervento per poi rilanciarlo con associazioni e riflessioni infarcite di cultura psicoanalitica per compiacermi; la parola svuotata d'affetto e la logicità apulsionale mi fanno pensare che l'analizzanda-figlia perfetta in questo modo mi tenga e si tenga a distanza dal dolore psichico che la abita.

Le difficoltà enormi di M. di riconoscere e condividere le sue zone di sofferenza mi interrogheranno lungamente sul valore di queste brillanti sedute fatte di seduzione, adattamento e diniego condiviso; mi trovo innanzi l'impasse di non poter interpretare direttamente la dinamica transferale per non riottenere la stessa accettazione e il solito riconoscimento disincarnato che permetterà alla paziente di adattarsi e recitare ancor meglio il ruolo di figlia-analizzanda perfetta.

La riflessione su queste difficoltà mi riportò a un momento della cura in cui durante la seduta-modello di M. pensavo alle sollecitazioni e alle turbolenze che mi esponevano gli altri due pazienti che incontro nello stesso giorno in cui seguo M., disinvestendo e dimenticando momentaneamente ma completamente la paziente, come se non esistesse più.

Tale frammento del mio agito controtransferale mi lasciò pensare alla ripetizione di un vissuto arcaico e non rappresentato in cui M. si trova disinvestita, abbandonata e impotente rispetto a un oggetto incapace di tenerla nella mente perché debordato da altri due pazienti-figli. Ancora una volta l'altro non guarda le sue ferite e ignorerà le sue urla senza parole. La ferita di M. è la ferita dello sguardo vuoto dell'oggetto, mi trovo quindi a ripetere mio malgrado una situazione originaria di una psiche non sostenuta e non riflessa nello sguardo dell'altro. Concordo qui con l'ipotesi di Winnicott (1964) quando indica che questo tipo di *défaillance* dell'analista permette al paziente di ripercorrere, e quindi di rendere rappresentabile, un tipo di memoria amnesica che colonizza lo psichismo.

Effettivamente tale dinamica, frutto dell'intreccio delle forze del campo analitico, mi ha permesso di cogliere, attraverso un «lavoro in doppio» (Botella, 1990) e una regressione formale del pensiero quasi allucinatoria, la ferita narcisistica che aveva strutturato l'organizzazione difensiva della paziente. Tali tipi di situazioni cliniche ci spingono a lavorare sulle lacerazioni de tessuto rappresentativo, ciò che Freud chiamava i «*fueros*», ovvero resti non simbolizzati di esperienze inaccessibili alla memoria e dunque alla tecnica della *ricostruzione*, ma che spingono il clinico sullo scivoloso terreno della *costruzione*, riducendo, come per M., la scissione e la coazione a ripetere.

#### *Discussione e problematizzazione del caso*

In queste situazioni cliniche risulta effettivamente essenziale per il clinico mettersi innanzitutto al posto di quell'altro che è mancato al paziente, quando era un bambino; quell'altro che avrebbe dovuto, come afferma L. Russo (2002), essere un oggetto responsivo, capace di riconoscerlo e di valorizzarlo come persona degna di vivere, come un essere interessante e importante. L'analista si assume così il fallimento che quell'altro non volle assumersi, contiene e comprende la rabbia del paziente, per poi ripartire per costruire il desiderio di vivere.

Ciò ci conduce a considerare, seguendo Freud e Winnicott, che il “Self” è una formazione mista, il risultato di processi di identificazione e disidentificazione rispetto ai quali lo sguardo dell’altro svolge una funzione d’importanza capitale. Ricordiamo però che il primo sguardo, quello fondante l’identità primaria del soggetto, è lo sguardo materno che esercita la funzione di rispecchiamento. Anche se non è possibile parlare di memoria in senso stretto per un’esperienza originaria che si colloca nell’ordine del preverbale, possiamo tuttavia considerare la traccia di questa assenza nello sguardo come una ferita inconscia, una sorta di vuoto costitutivo del soggetto che andrà a segnare in una certa misura il destino.

Su questa linea si pone Winnicott (1960, 1967) nel pensare allo specchio in termini di volto della madre. Quando il lattante al seno guarda il viso della madre, ciò che egli vede non è altri che se stesso: «ciò che essa [la madre] appare è in rapporto con ciò che essa scorge». Ma se la madre riflette un proprio stato d’animo (a cui il bambino è estraneo) o la rigidità delle proprie difese, il lattante guarda ma non si vede. Se il volto della madre non è uno specchio, «la percezione prende il posto di ciò che avrebbe potuto essere uno scambio significativo con il mondo, uno scambio a due vie» (1967). Il lattante continua a studiare l’oggetto tentando di predirne l’umore, con una tensione crescente che porta a una minaccia di caos: «non guarderà se non per percepire, come una difesa» (*ivi*, pp. 191-192). In altre parole, la percezione e la predizione sostituiscono il contatto con il proprio mondo interno.

Sulla scia di Winnicott si muove anche M.C. Lambotte (1993), la quale attribuisce a un precoce deficit della funzione strutturante dello sguardo materno l’origine del fenomeno melanconico. La madre indurrebbe una sorta di messa in forma dell’Io, svolgendo una duplice funzione strutturante e riflessiva. Al contrario la sua assenza e la scomparsa del suo sguardo desiderante inficerebbero il riconoscimento di sé, causando una vera e propria faglia nell’esperienza speculare e lasciando una cornice vuota come unica possibilità di identificazione.

L’analisi di queste ferite dello sguardo ci riporta alle cure, al limite dell’analizzabile, condotte da Winnicott: la nota aggiunta al suo articolo del 1971 fa riferimento ai casi clinici in cui emergeva soprattutto l’aspetto negativo delle relazioni, e in particolare a una sua paziente che diceva «tutto ciò che ho è ciò che non ho» per esprimere giustamente la presenza di un’assenza lacerante, qualcosa che esiste solo in negativo e che Bion accomunerebbe al niente.

Tale intuizione clinica richiede delle precisazioni concettuali in merito alla dialettica tra assenza, perdita e vuoto e l'articolazione di questi con i concetti bioniani di niente (*nothing*) e di non-cosa (*no-thing*). Il trittico concettuale evocato ha come nucleo comune la nozione metapsicologica del negativo e ci consente di comprenderne le implicazioni teorico-cliniche; in un articolo dedicato al pensiero di Winnicott, Green (1977) scrive:

tengo a precisare che do alla parola "assenza" un senso diverso, più positivo, giacché distingo tra la perdita e assenza. La prima mi sembra responsabile di questa "negatività negativa"; sterile, mortifera, mentre, invece, l'assenza è per me una negatività positiva, feconda e creatrice: requisito della metafora e del simbolo.

Gli stati di vuoto (*blankness*) sarebbero dunque per l'autore il risultato di un'impossibilità a trasformare la *perdita* – intesa come traccia negativa di qualcosa che non è là – in un'*assenza*, considerata come spazio vuoto – il *gap* Winnicottiano all'origine dei fenomeni transizionali – generatore di pensiero e di un lavoro di simbolizzazione.

La differenza che provo ad accennare è quella esistente tra il niente (*nothing*) e la non-cosa (*no-thing*) (Bion, 1965), ovvero tra un vuoto irrepresentabile, che svuota la scena interna, e la non presenza della cosa, che potrebbe potenzialmente generare un pensiero a partire dall'assenza dell'oggetto.

È ciò che sento durante le sedute con M. che mi sembra in uno stato di rabbia fredda che invade e sterilizza il campo analitico. La paziente non può evidentemente riconoscere la sua rabbia, ma quando le parlo della sua non-rabbia, di una collera mai avvenuta, lei mi ascolta con interesse ed evoca l'onnipresenza di un senso di vuoto da scacciare con i suoi passaggi all'atto e con l'incisione sul corpo di ciò che non trova una scena interna.

Il legame primario, fonte di vita, era divenuto per la mia paziente una fonte di autodistruttività e di disinvestimento dei legami libidici. Gli *acting* potrebbero allora rappresentare un tentativo disperato di riorganizzazione, quando soffrire o addirittura morire per affermare la propria esistenza è una regola di sopravvivenza. In queste costellazioni psichiche dei casi limite, accanto alla scissione, cogliamo frequentemente, come indicato da Green (1983), una depressione primaria, forma di disinvestimento

radicale che genera questi vuoti del pensiero senza alcuna componente affettiva, che rafforzano la scissione, i sentimenti di non esistenza e l'irrealtà dell'io.

Nel caso di M. l'essenziale era l'impossibilità di pensarsi non investita dall'oggetto; l'irrappresentabile della sua assenza nello sguardo dell'oggetto, uno stato mentale al limite del pensabile che ci fa comprendere il peso dell'esperienza di non-rappresentazione del negativo del trauma. Questo esempio clinico ci permette di allargare l'intuizione di Winnicott sul break-down come qualcosa che non ha avuto luogo laddove qualcosa di essenziale doveva prodursi; questo non-evento non è stato ancora iscritto come elemento psichico, perché effettivamente esso si colloca in epoca in cui un soggetto unitario non era ancora costituito. Siamo qui quindi confrontati alla perdita di qualcosa di fondamentale per la vita psichica, un vero buco nel tessuto degli investimenti narcisistici. La ferita di cui parlo è un non-evento che occupa la scena attuale in cui il clinico si vive inadeguato e mancante, come lo fu in un'altra scena l'oggetto. «La perdita dell'amore e il fallimento compromettono la continuità di sé a causa della ferita narcisistica di essere assente nello sguardo dell'altro» (Ribas, 2006; trad. mia).

Ciò che risulta impensabile è la perdita di senso e di causalità che affonda il soggetto nell'enigma del vuoto nello sguardo dell'altro. Meglio confrontarsi con *la terzietà*, con un "perché papà" che lasci la possibilità di riconquistare il suo posto presso l'oggetto d'amore. Meglio confrontarsi con la castrazione o con la mancanza del fallo, che con il niente inspiegabile del disinvestimento e del ritiro d'amore. Questa esperienza ci permette di comprendere il ruolo organizzatore e antitraumatico dei fantasmi originari che, in quanto tali e pur essendo all'origine degli après-coup e dei rimaneggiamenti traumatici, forniscono una scena figurabile che protegge dal pericolo di non rappresentazione. I traumi edipici (castrazione, seduzione e scena primaria) per quanto siano angoscianti hanno un valore paradossalmente organizzatore e strutturante in ragione del loro potere di costituire un soggetto "sufficientemente nevrotico" e abitato dai suoi conflitti. Contrariamente il vuoto d'investimento e la ferita narcisistica che l'accompagna, a causa del loro contenuto intrinsecamente incomprensibile, aprono la via delle organizzazioni narcisistico-identitarie (Roussillon, 1991) caratterizzate dal buco dell'impensabile. In questo senso non è la perdita dell'oggetto in sé a essere traumatica, a condizione che la rappresentazione interna dell'oggetto sia mantenuta. Ma

il vissuto irrepresentabile di *Hilflosigkeit* è legato all'assenza della rappresentazione interna dell'oggetto e alla perdita di senso che l'accompagna.

Se il clinico riesce a cogliere i micro-movimenti transfero-controtransferali che animano il campo, potrà vedere sorgere una “nevrosi traumatica di transfert”, che farà ripetere in maniera traslata i resti dell'esperienza non simbolizzata. Il non vissuto e il non rappresentato prenderà una forma nell'*hic et nunc* della seduta e si organizzerà in cicli potenzialmente simbolizzanti. Una nuova dinamica processuale trasforma una parte della storia individuale, un resto limitato ma dinamicamente significativo della ripetizione di morte in ripetizione di vita, e dunque foriera di ri-appropriazione soggettiva.

#### *Difficoltà tecniche e lavoro di figurabilità psichica*

La paralisi dell'attività associativa incontrata nella prima fase della cura s'inscrive in un'antiprocessualità (Bokanowski, 2004) che annichilisce la funzione del legame psichico e distrugge gli investimenti (come la funzione della trasferibilità); ciò sterilizza il campo analitico e le sue capacità trasformatrici. Questi transfert appaiono in soggetti la cui organizzazione psichica di base si è costituita sotto il giogo del fallimento della costituzione dei legami primari con gli oggetti, ciò che Balint (1968) ha chiamato il *difetto fondamentale*.

La squalifica degli affetti, la banalizzazione del corpo martoriato e il diniego dei vissuti emotivi ripetuti nel transfert impoveriscono la parola analitica, ma gli elementi significativi taciuti si rivelano attraverso una proiezione sull'analista della figura dell'oggetto morto o indifferente; si entra qui nel dominio dell'antiprocessuale che congela le capacità trasformatrici attese dalla cura.

Più che di nominare le sofferenze arcaiche non rappresentate, sembra importante per il paziente che l'analista si mostri capace di viverle e di abitarle a sua volta, e per far ciò accettare che la mancanza e le *défaillance* possano essere condivise, cioè riconoscere che egli possa essere la fonte di sofferenza e frustrazione.

Credo che il caso esposto mostri come in tali contingenze cliniche ci si debba confrontare con un puro lavoro sul vuoto, ovvero con una psiche caratterizzata dall'iscrizione in negativo del non pensabile. Bisognerà trattare una traccia presente ma non psichicamente iscritta che può diventare comprensibile e in parte rappresentabile

solo attraverso ciò che i Botella (2001) chiamano «lavoro di figurabilità dell'analista»: cioè la capacità psichica di realizzare un particolare movimento regressivo che consenta di effettuare una sorta di lavoro «in doppio», il cui risultato rivelerà ciò che già esiste nel paziente come non rappresentabile, come negativo del trauma. Si tratta di un lavoro di messa in forma e in pensiero, après-coup, di un qualcosa di esistente ma non accessibile, del vuoto rappresentativo che non è stato possibile pensare, e che si è prodotto senza essersi organizzato in tracce mnesiche o in fantasie ma soltanto iscritto in negativo (Botella & Botella, 2001).

Direi quindi che non è tanto la perdita dell'oggetto ma il pericolo della perdita della capacità di rappresentare l'assenza e, per estensione, il rischio di non rappresentazione e che genera gli stati di vuoto mentale e il terrore dell'impotenza.

L'unica soluzione contro questa minaccia di disorganizzazione è la capacità dello psichismo di raffigurare, ossia di far convergere e unificare stimoli esterni e interni, percezioni sparse, in una sola unità intelligibile e coerente: una vera e propria azione antitraumatica alla base della costruzione di senso e dei processi di simbolizzazione.

Ci sembra che questo frammento di cura dimostri che il vuoto rappresentativo descritto dai Botella entri in gioco durante certi momenti d'impasse delle analisi con pazienti difficili, con i quali il processo analitico viene ostacolato da un'assenza di rappresentazioni o da rappresentazioni coatte e ripetitive. È il problema della riattivazione della memoria senza ricordi, dei livelli psichici pre-simbolici o, per ricorrere a una formula forse ormai consumata, del «conosciuto non pensato» (Bollas, 1987).

Conseguenza di tale ferita strutturale sarà il senso di vuoto lasciato da questi resti non metabolizzati dell'esperienza primaria, che implicherà una forma di rapporto con l'oggetto non per creare con esso dei legami libidici, ma per annullare ogni forma di legame. Per César e Sara Botella (2001) «il problema nella relazione analitica è riuscire a riprodurre in certi casi una raffigurabilità rivelatrice di qualcosa di irrepresentabile che esiste nell'analizzando [...] traccia di qualcosa di percettivo che non ha mai avuto accesso a una rappresentazione». Sembra che in questo compito ci si possa aiutare grazie a una sorta di passo oltre la più evidente reazione controtransferale; si tratta di effettuare un'immersione nei propri stati primitivi della mente che nascono dalla nostra esperienza del vuoto, al fine di creare un ponte verso il vuoto sperimentato dal paziente.

In tali aree primitive della psiche, se l'analista tollera la regressione senza far appello a soluzioni difensive, come per esempio un ricorso eccessivo alla teoria, potrà trovarsi a confrontarsi con un proprio vuoto rappresentativo. Il clinico potrà uscirne solo con interpretazioni che sorgono attraverso una via regressiva diretta, da un lavoro di figurabilità tale da rendere accessibile l'irrepresentabile dell'analizzando; ciò che appunto i Botella chiamano lavoro «in doppio». Questo lavoro in doppio chiama in causa direttamente il ruolo fondamentale dello sguardo come costitutivo della coesione e dell'investimento narcisistico del sé, tanto nella primitiva relazione dell'*infans* con lo sguardo materno quanto nello scambio metaforico (ma non solo) di sguardi del paziente col suo analista. Nel caso esposto io funzionavo come doppio e specchio della paziente per permetterle di appropriarsi progressivamente del suo vissuto iscritto nel corpo.

Tale lavoro elaborativo è un equivalente del lavoro del sogno, che porterà a una forma particolare di pensiero e che fonda la capacità emergente dell'analista di tracciare nuovi nessi associativi tra i livelli multipli della seduta. Ciò produrrà un'intelligibilità quasi allucinatoria dei legami tra gli effetti percettibili del discorso del paziente, della congiuntura transfero-controtransferale, ma ugualmente con tutto un materiale percettivo attuale che va dalla percezione sensoriale ai resti diurni delle sedute precedenti. Pensiamo che questo tipo di lavoro ci resista in ragione della regressione che sorge nel contesto di un lavoro controtransferale a vivo che ci impone di ascoltare l'inudibile. Il nostro compito qui è di lasciarci trasportare in questo lavoro che risveglia le nostre ferite, di effettuare, grazie alla *compulsione a rappresentare* (Botella, 1990), un lavoro di trasformazione che ritessa i rudimenti di affetti non pensati e i buchi del tessuto rappresentativo.

#### *La morte nella vita; vicissitudini dell'autodistruttività*

Il caso esposto ci impone una riflessione sugli aspetti mortiferi e autodistruttivi che hanno segnato questo incontro. Sembra dunque necessario riconoscere il ruolo primario della distruttività, del piacere di distruggere o del sollievo di mettere fine a una situazione di tensione insopportabile attraverso l'autodistruzione. Quelli che M. ripete attraverso i suoi *acting* sembrerebbero dunque degli stati affettivi insopportabili che non è stato possibile pensare, rappresentare o soggettivare.

I gesti ripetitivi dei tagli e delle crisi bulimiche evocano una meccanica in due tempi di riproduzione dell'eccitazione; una messa in tensione e un ritorno alla calma. Tali comportamenti non sono sottesi da un'attività fantasmatica o autoerotica, al contrario essi sono accompagnati da un vuoto rappresentativo quasi "operatorio" (Marty & de M'Uzan, 1963): «quando succede non sento niente, non penso a niente». La via comportamentale è una modalità di *legame non psichico* di una eccitazione, la ripetizione di uno stato di dispiacere irrepresentabile di fronte al quale il soggetto sceglie di esercitare un controllo attraverso la riproduzione di un dolore e uno stato di vuoto mentale.

La sovra-stimolazione percettivo-sensoriale, attraverso le condotte autodistruttive centrate sul corpo rappresenta una modalità difensiva che ricorda i *processi auto-calmanti* (Swzec, 1998), come l'auto-cullamento dei neonati che non hanno potuto costituire una barriera contro gli stimoli o un'attività di legame dell'eccitazione. Per questa ragione possiamo cogliere la componente traumatofilica di tali condotte che mirano all'evacuazione e alla paralisi del pensiero perché, come ricorda Roussillon (2001), si tratta di far ritornare nel registro percettivo-sensoriale qualcosa che non è stato dimenticato perché non è mai stato psichico.

Anche Green (1993) afferma che le manifestazioni della distruttività e i processi di riparazione che ne conseguono siano manifestazioni secondarie a questo disinvestimento centrale (la patologia del negativo) dell'oggetto primario. Il suo concetto di «complesso della madre morta» si riferisce non a una morte reale dell'oggetto, ma a una rappresentazione interna di un *oggetto morto* sopraggiunta in seguito a una depressione materna che trasforma l'oggetto vivente in una figura lontana e inanimata. Ciò comporta, oltre alla perdita di amore, anche una devastante perdita di senso perché al bambino non si offre alcuna spiegazione.

A proposito di tali congiunture, Roussillon (2014) analizza la questione delle sofferenze narcisistico-identitarie partendo, giustamente, dal problema della delusione scatenata dalle forme dell'assenza dell'oggetto anaclitico. Il carattere enigmatico della formula freudiana in *Lutto e melanconia* (1915) «l'ombra dell'oggetto cade sull'Io», richiede un commento, perché:

l'ombra dell'oggetto non è l'oggetto in quanto tale, ma sarebbe piuttosto il "doppio negativo" dell'oggetto, cioè ciò che l'oggetto smette d'investire, quel che esso non riflette del soggetto. Per cui il soggetto incorpora questa ombra dell'oggetto, questo vuoto d'investimento che prende

il posto di un oggetto interno che avrebbe dovuto sostenere il narcisismo del soggetto [Roussillon, 2014; trad. mia].

La delusione primaria scatenata dall'oggetto sembra essere legata a ciò che esso, in ragione delle sue caratteristiche, non rispecchia all'*infans*; sarebbe esattamente questo che si intende dietro la formula *l'ombra dell'oggetto*. L'ombra è il negativo dell'oggetto, è la *madre morta* che non rispecchia il soggetto o gli rinvia la sua depressione e la sua indisponibilità. Quando tale processo di rispecchiamento fallisce, tutto lascia pensare che una parte dell'Io si identifichi con questo buco, da cui deriverebbe il vuoto che ritroviamo attraverso il bianco emozionale e l'assenza di pensiero di certi pazienti.

La questione del divenire dell'ombra dell'oggetto ci conduce al cuore del paradosso dell'auto-distruttività, che nel nostro caso costituiva un tentativo di dare una forma al dolore impensabile delle disillusioni primarie. In uno studio sul senso di colpa primario Roussillon (1999) teorizza che il piccolo sottoposto a forme di assenza psichica dell'oggetto fonda la sua identità su un vuoto a causa dell'impossibilità di realizzare un'esperienza di onnipotenza assoluta. Per tale motivo la distruttività osservata nei quadri clinici delle patologie del narcisismo dovrebbe essere compresa attraverso questa posizione di base secondo la quale il soggetto si è costruito; esposto all'impotenza e alla depressione primaria, l'*infans* introietta e ricrea attivamente il vuoto con cui è stato confrontato. Questo processo di capovolgimento attivo-passivo è senza dubbio una modalità attraverso la quale la paziente, di fronte a una emorragia narcisistica traumatica, tenta di assimilare e di soggettivare l'ombra dell'oggetto incorporata. Ma tali processi non tardano a condurre alle impasse e ai paradossi che caratterizzano le forme della distruttività, che trasferite sulla scena analitica producono le reazioni terapeutiche negative o altri transfert distruttivi.

Al fine di gettare una nuova luce sull'enigma della distruttività tenteremo di far avanzare la nostra riflessione ripercorrendo alcune metafore utilizzate da Freud (1895, 1920) che illustrano le evoluzioni dello psichismo di fronte alla pressione di fattori traumatici.

Se seguiamo l'esplorazione pre-metapsicologica di Freud (1895) nel *Progetto di una psicologia scientifica* possiamo comprendere la genesi dell'apparato psichico e i processi di differenziazione che portano alle deformazioni dell'Io: inizialmente tutti i neuroni erano indifferenziati, ma il sopraggiungere dei primi traumi, o piuttosto di

grandi quantità di eccitazione esogena o endogena, obbliga una parte dell'Io, i *neuroni periferici*, a privarsi di alcune delle loro proprietà per salvaguardare i *neuroni centrali*; lo psichismo dovrebbe sacrificare una parte di sé per costituire uno schermo contro le eccitazioni. Ciò ci fa pensare alla scissione auto-narcisistica descritta da Ferenczi (1934), vera e propria ferita psichica che costituirà una *modificazione permanente della struttura dell'Io* (Freud, 1938a). Tale trauma non potrà essere oggetto di una iscrizione psichica a causa dell'impossibilità per la psiche di conservare una traccia del quantum di eccitazione non legato a delle rappresentazioni. Il trauma dovrà essere dedotto – nel nostro caso *costruito* – a partire degli effetti della modificazione dell'Io. Possiamo immaginare questo processo come se si trattasse di sacrificare una parte della psiche, o secondo il modello del *Progetto* un gruppo di cellule, caratterizzato dall'incistamento di un nodo traumatico in difetto d'iscrizione ma sempre operante. In altri termini, non c'è rappresentazione dell'assenza di rappresentazione del trauma.

Le tempeste transferali alle quali possiamo essere esposti sono delle maniere attraverso le quali si re-introduce nel setting, esattamente si *trasferisce*, una parte della vita psichica che era storicamente incistata e scissa dal resto dell'Io. Si tratta di una modalità che permette il riattualizzarsi delle congiunture preistoriche e fantasmatiche che hanno organizzato la scissione dell'Io. Come nel caso esposto in un primo momento della cura, la parte scissa resta immobilizzata dietro delle difese “autistiche”, ma certe condizioni tecniche, come le rotture del setting o la discontinuità dell'attenzione fluttuante dell'analista, possono portare a una riduzione della scissione e come conseguenza il ritorno dirompente nel processo transferale delle agonie primitive non simbolizzate. Le parti dell'Io scisse riappaiono con un certo numero di caratteristiche tipiche del periodo storico della rottura, come se queste non fossero state sottoposte nel corso del tempo agli *après-coup* elaborativi. L'Io, minacciato di una perdita dei riferimenti, tenta di significare nell'attuale ciò a cui era stato esposto. È in questo registro della ripetizione che gli effetti della lacerazione dell'Io e il dolore della ferita narcisistica si fanno sentire. Non si tratta di un transfert per spostamento come per i soggetti nevrotici, ma di un transfert per rivolgimento passivo/attivo, in cui si tratta di vivere con l'analista l'esperienza traumatica subita. Nello specifico io non ero *come* la madre della paziente, ma *ero* la madre tout court.

La seconda metafora che ci guiderà fu introdotta da Freud (1920) in *Al di là del principio di piacere* per descrivere la pulsione di morte attraverso una speculazione

biologica. Essa ci introduce al cuore della problematica dell'impasto pulsionale garantito dalla madre-ambiente e ci permette di illuminare le vicissitudini dell'autodistruttività che abita l'umano.

Freud (1920) ci ricorda che un protista, elemento unicellulare, abbandonato al suo bagno muore per autointossicazione a causa degli scarti e del proprio funzionamento vitale. Se estendiamo tale metafora al funzionamento mentale, possiamo allora comprendere che i processi psichici sono avvelenati, intossicati e distrutti dagli scarti della vita pulsionale e dai "resti" dell'elaborazione. Se continuiamo a percorrere la sapiente metafora freudiana, possiamo ricordare che le soluzioni contro la morte cellulare in biologia sono:

a) Il *cambiamento del bagno cellulare* – che corrisponde al livello psichico all'identificazione proiettiva in un oggetto che contiene le proiezioni e le angosce "tossiche", intese come *elementi beta*.

b) A un altro livello, la *specializzazione dei raggruppamenti cellulari* permette che ciò che è scarto per un tipo di cellula possa essere preso in carico da un altro gruppo cellulare grazie alla specializzazione delle funzioni. Tale soluzione può essere posta a confronto con la complessificazione psichica, o in altri termini con la costituzione di una topica interna. Possiamo pensare alla barriera di contatto di Bion, che permette di rendere oggetto di un lavoro trasformativo per un sistema ciò che è intrattabile per un altro sistema psichico.

Tuttavia, la differenziazione dell'apparato psichico implica che lo strato esposto a grandi quantità di eccitazioni si «privi delle qualità della materia vivente» creando così una barriera contro le eccitazioni endogene o esogene. Lo psichismo sarà così obbligato a sacrificare una parte di se stesso che, come uno schermo inerte, dovrebbe proteggere dagli eccessi di eccitazione filtrandoli; questo sembrerebbe essere il senso metapsicologico delle ferite psichiche che amputano la soggettività. Tali processi costitutivi dell'organizzazione psichica possono, quindi, aiutarci a chiarire certe condizioni cliniche in cui pare che gran parte dello psichismo sia costretta a "privarsi della qualità del vivente" per sopravvivere.

*Considerazioni conclusive*

L'esplorazione clinica e metapsicologica abbozzata ci permette di comprendere che la considerazione del solo fattore economico della forza del trauma o dei soli fattori ambientali e di sviluppo porterebbe a una semplificazione fallace che ignora il punto di vista dinamico e la diacronia dello psichismo. Senza ignorare il ruolo giocato dai fattori enumerati e le interazioni tra essi, siamo persuasi che la complessità di certe forme di conflittualità psichica debba essere articolata con una serie di movimenti successivi di tipo intrapsichico, interpsichico e ambientale che si sommano nel tempo e danno luogo *après-coup* a strutture psichiche più o meno disorganizzate.

Nel caso esposto l'esperienza clinica ci ha portato ad accordare un ruolo privilegiato all'esperienza impensabile di perdita di riflesso e di eco nello sguardo dell'oggetto primario. Tale congiuntura psichica ha impedito la costituzione di uno spazio interno e l'introiezione di un oggetto vivente che possa consentire al soggetto di avere un'attività rappresentativa capace di simbolizzare le esperienze che mettono alla prova l'organizzazione omeostatica dell'Io. Questo punto di vista deve essere necessariamente articolato con una teoria della rappresentazione e del negativo, perché il nodo che ci interroga è quello dell'irrappresentabile, non reificato come un puro fattore economico né come un mero deficit del soggetto. Esso dovrebbe piuttosto essere pensato come il risultato di un processo complesso che fa dialogare l'economico e il dinamico attraverso l'esplorazione della topica; si tratta di articolare la *forza e il senso* al fine di reperire il *fil rouge* della costituzione di uno psichismo vivente.

*Riferimenti bibliografici*

- Abraham, Nicolas, & Török, Maria (1993). *La scorza e il nocciolo*. Roma: Borla.
- Aulagnier, Piera (2009). *La pensée interdite*. Paris: Puf.
- Balint, Michael, & Balint, Enid (1968). *Il difetto fondamentale. La regressione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bion, Wilfred R. (1957). Criteri differenziali fra personalità psicotica e non psicotica. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando.
- Bion, Wilfred R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.

- Bion, Wilfred R. (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando.
- Bion, Wilfred R. (1965). *Trasformazioni*. Roma: Armando.
- Bollas, Christopher (1979). L'oggetto trasformativo. *Neuropsichiatria Infantile*, 232 (3), 1061-1080.
- Bollas, Christopher (1987). *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla, 1989.
- Bokanowski, Thierry (2004). Souffrance, destructivité, processus. Rapport du LXIV<sup>e</sup> Congrès des psychanalystes de langue française, *Revue française de Psychanalyse*, LXVIII, 5.
- Botella, César, & Botella, Sara (1984). L'homosexualité inconsciente et la dynamique du double en séance. *Revue française de psychanalyse*, XLVIII, 3, 687-708.
- Botella, César, & Botella, Sara (1990). La problématique de la régression formelle de la pensée et de l'hallucinatoire. In *La psychanalyse. Question pour demain, Monographie de la Revue française de psychanalyse*. Paris: Puf.
- Botella, César, & Botella, Sara (1995). Sur le processus analytique: du perceptif aux causalités psychiques. *Revue française de psychanalyse*, LIX, 2, 349-366.
- Botella, César, & Botella, Sara (2001). *La figurabilité psychique*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Bourdin, Dominique (2014). Entre la phobie de penser et la culpabilité d'exister. *Revue française de psychanalyse*, 2014/3, 78, 740-750.
- Cahn, Raymond (2005). Subjectalité et métapsychologie du moi. In *Autour de l'oeuvre d'André Green: enjeux pour une psychanalyse contemporaine*. Collectif dirigé par Richard F. & Urribarri F. Paris: Puf.
- Cupelloni, Patrizia (a cura di) (2002). *La ferita dello sguardo. Una ricerca psicoanalitica sulla melanconia*. Milano: Franco Angeli.
- Donnet, Jean-Luc, & Green, André (1992). *La psicosi bianca: psicoanalisi di un colloquio*. Roma: Borla.
- Fédida, Pierre (1978). *L'absence*. Paris: Gallimard.
- Ferenczi, Sandor (1932a). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In *Fondamenti di Psicoanalisi*, vol. 3. Rimini: Guaraldi.
- Ferenczi, Sandor (1932b). *Diario clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferenczi, Sandor (1934). *Riflessioni sul trauma*. In *Opere*, vol. 4. Milano: Raffaello Cortina.

- Ferro, Antonino (2006). Marcella: d'une situation sensorielle explosive à la capacité de penser. *Revue française de psychanalyse*, 2006/2, 70, 431-443.
- Ferro, Antonino (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud, Sigmund (1895). *Progetto per una psicologia scientifica*. In *Opere*, vol. 2. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1911). *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*. In *Opere*, vol. 6, Torino: Boringhieri
- Freud, Sigmund (1914). *Ricordare, ripetere e rielaborare*. In *Opere*, vol. 7. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1917). *Lutto e melanconia*. In *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1920). *Al di là del principio di piacere*. In *Opere*, vol. 9. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1925a). *La negazione*. In *Opere*, vol. 10. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1925b). *Inibizione sintomo e angoscia*. In *Opere*, vol. 10. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1937a). *Costruzioni nell'analisi*. In *Opere*, vol. 11. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1937b). *Analisi terminabile e interminabile*. In *Opere*, vol. 11. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1938a). *La scissione dell'Io nel processo di difesa*. In *Opere*, vol. 11. Torino: Boringhieri.
- Freud, Sigmund (1938b). *L'uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi*. In *Opere*, vol. 11. Torino: Boringhieri.
- Gibeault, Alain (2014). «De l'agir à la pensée». Réflexions sur la phobie du fonctionnement mental. *Revue française de psychanalyse*, 2014, 78, 700-711.
- Green, André (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique. In *La folie privée: psychanalyse des cas limites* (pp. 63-102). Paris: Les édition de Minuit.
- Green, André (1977). Il regno appartiene al bambino. In Bonamino, Vincenzo & Giannakoulas, Andreas (a cura di). *Il Pensiero di D.W. Winnicott*. Roma: Armando.
- Green, André (1987). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Roma: Borla.

- Green, André (1993). Le travail du négatif et l'hallucinatoire (l'hallucination négative). In *Le travail du négatif*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Green, André (2002). La position phobique centrale: avec un modèle de l'association libre. In *La pensée clinique* (pp. 148-186). Paris: Odile Jacob.
- Green, André (2005). Le syndrome de désertification psychique. In F. Richard (sous la dir. de). *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Janin, Claude (1976). *Figures et destins du traumatisme*. Paris: Puf.
- Ithier, Béatrice (2014). La haine de penser et ses antidotes: rêve et rêverie, *Revue française de psychanalyse*, 2014.
- Lambotte, Marie Christine (1993). *Le discours mélancolique. De la phénoménologie à la psychanalyse*. Paris: Anthropos-Economica.
- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean Bertrand (1993). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Roma: Laterza.
- Maurice, Claire (2009). Inhibition et crise dans le contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 2009, 2.
- Marty, Pierre, & de M'Uzan, Michel (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27, 345-356.
- McDougall, Joyce (1982). *Teatri dell'Io*. Milano: Raffaello Cortina.
- McDougall, Joyce (1990). *Teatri del corpo: un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kestemberg, Éveline (1986). De la «phobie du fonctionnement mental». In *La psychose froide* (pp. 215-221). Paris: Puf.
- Klein, Sydeney (1980). Autistic phenomena in neurotic patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 395-401.
- Pirlot, Gérard (2009). *Déserts intérieurs*. Toulouse: Érès.
- Prat, Régine (2004). Apprendre à jouer, apprendre à penser: un travail à deux. *Revue française de psychanalyse*, 2004, 68, 171-188.
- Ribas, Denys (2009). Pulsion de mort et destructivité. *Revue française de psychanalyse*, 4, 73, 987-1004.
- Richard, François (2011). Le paradigme du Nebenmensch et la fonction maternelle. *Revue française de psychanalyse*. 2011, 75, 1539-1544.
- Roussillon, René (1988). Le traumatisme perdu. *Bulletin de la SPP*, 12, 26-38.
- Roussillon, René (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: Puf.

- Roussillon, René (1993). Le travail psychanalytique en face à face. *Bulletin du groupe lyonnais de la SPP*, 5.
- Roussillon, René (1995). La métapsychologie des processus et transitionnalité. *Revue française de Psychanalyse*, 59.
- Roussillon, René (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: Puf.
- Roussillon, René (2000). Traumatismes et liaisons primaires non symboliques. «Traumatismes». *Actualités psychosomatiques*. Association genevoise de psychosomatique (AGEPSO), Georg Éditeur, 3, 89-109.
- Roussillon, René (2001). *Le plaisir et la répétition*. Paris: Dunod.
- Roussillon, René (2014). Narcissisme et complexification. *Revue française de psychanalyse* 2014, 1, 78, 68-82.
- Russo, Lucio (2002). Psicoanalisi degli stati melanconici. Cambiamenti della cura classica. In *La ferita dello sguardo. Una ricerca psicoanalitica sulla melanconia*. Milano: Franco Angeli.
- Swzec, Gérard (1998). *Les galériens volontaires: essais sur les procédés autocalmants*. Paris: Presses universitaires de France.
- Tustin, Frances (1990). *Barriere autistiche in pazienti nevrotici*. Roma: Borla.
- Winnicott, Donald Wood (1960). Il rapporto iniziale della madre col bambino. In *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Roma: Armando
- Winnicott, Donald Wood (1967). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In *Gioco e realtà*. Roma: Armando.
- Winnicott, Donald Wood (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.
- Winnicott, Donald Wood (1964). La paura del crollo. In *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.

Mario De Vincenzo è dottorando presso la scuola dottorale “Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie” del CRPMS, centro di ricerca in psicoanalisi, medicina e società dell’Università Paris 7 Denis-Diderot. Ed è psicologo clinico presso il CPMS “l’élán retrouvé”.

*ma.devincenzo@gmail.com*

MATERIALI

*Mario De Vincenzo* is Ph.D. student in “Recherches en psychanalyse et psychopathologie” at CRPMS, research center in psychoanalysis, medicine and society at the University Paris 7 Denis-Diderot. He is clinical psychologist at the CPMS “l’élan retrouvé”.

*ma.devincenzo@gmail.com*