

FORME DELLA DISTRUTTIVITÀ E NUCLEI FUSIONALI

Giampaolo Sasso

La letteratura psicoanalitica sulla distruttività, come si può intuire, è enorme. Al suo vertice c'è per noi psicoanalisti l'originaria teorizzazione freudiana del 1905 sull'aggressività come proprietà della libido (*Tre saggi sulla teoria sessuale*), aggressività poi attribuita alle pulsioni dell'Io (o di autoconservazione) nel 1915 (*Pulsioni e loro destini*), ridefinita in seguito come pulsione di morte nel 1920 (*Al di là del principio di piacere*), concetto ribadito infine nel 1922 (*L'Io e l'Es*). Questo tormentato percorso già ne segnala la complessità e, poiché l'aggressività ne è il nucleo iniziale, invita anche a un opportuno confronto con teorie dell'aggressività di tipo diverso: ad esempio motivazionale (Lichtemberg, 1983, 1989), evolucionistico (Lorenz, 1963), sociologico (Bandura, 1973, Fromm, 1973), e neurofisiologico (Gregg, Siegel, 2003). Questi diversi approcci teorici hanno difatto influenzato moltissimi psicoanalisti a precisare gli aspetti sia difensivi che violenti dell'aggressività, in modo da correggere la problematica conclusione freudiana sulla pulsione di morte (nella psicologia dell'io Hartmann, 1964; nello sviluppo freudiano e post-freudiano Gaddini, 1972; Rosenfeld, 1971; nello sviluppo delle relazioni oggettuali Fenichel, 1945; Fairbairn, 1954; Gillespie, 1971; Kohut, 1971, 1972, 1977; Kernberg, 1975, 1984, 1992; Mitchell, 1988, 1993). Posso subito dire che anch'io non seguo questa concettualizzazione, che ritengo poco convincente se si valutano attentamente le dinamiche relazionali del bambino, come spiegherò più avanti. Ma questo giudizio sarebbe ingiusto nei confronti del Freud di *Disagio della civiltà* (1929), poiché ha come riscontro l'estrema distruttività di noi essere umani, più che mai riconoscibile nella modernità. Il problema che si presenta nel trattare questo argomento è perciò il rischio di contrapporre inutilmente le diverse ipotesi teoriche sulla aggressività e distruttività. Ho ritenuto perciò più utile introdurre dapprima alcuni casi clinici, anche relativamente semplici, tramite cui auguro di poter meglio chiarire come mi muovo tra tutte queste ipotesi.

Il paziente di cui parlerò brevemente è con me in analisi da circa 7 anni, e l'episodio con cui comincio a delinearne l'evoluzione risale a circa un anno fa, in un periodo reso particolarmente turbolento dal dilemma che da sempre affliggeva il paziente, come tollerare-servirsi della relazione con me. La regolarità con cui il paziente era sempre venuto testimoniava senza dubbio di un forte attaccamento, ma permeato di ostilità-diffidenze che era abilissimo a rinnovare. In quel periodo la sua metafora costante era lo svuotamento del benessere che provava nelle sedute, sottintendendo che io non fossi capace di farglielo conservare. Poi cominciò ad affacciarsi una situazione emotivamente strana: era più stabile e meno polemico, avanzando anche l'ipotesi che tra qualche tempo avrebbe potuto finire l'analisi. In seduta parlava tranquillamente della sua vita privata e di lavoro, io ascoltavo perlopiù intervenendo poco, come a constatare uno stato di quiete di cui aveva bisogno. Un giorno mi portò un sogno molto angoscioso. Era in un aereo che guidava da solo, e si era improvvisamente accorto che lo stava dirigendo contro qualcosa: appena prima dello scontro si era svegliato di soprassalto. Non capiva quale ne fosse il significato, e ciò era particolarmente interessante, per il recente tragico episodio del pilota che aveva guidato l'aereo di linea contro la montagna, uccidendo con sé tutti passeggeri. Quel pilota – come ricorderete – aveva sbarrato la porta di accesso alla cabina di pilotaggio per impedire all'altro pilota di entrarvi, e ciò corrispondeva alla nostra attuale situazione, in cui sembrava che

io venissi tagliato fuori dal mio contributo all'analisi, tema che gli avevo rilevato, e su cui si era trovato d'accordo. Il sogno, dunque, metteva bene in evidenza il nucleo distruttivo che si era già manifestato in altre forme, ma in questo caso portava dritto alla morte. Poiché il paziente non associava il sogno all'episodio recente che pure aveva riempito tutti i giornali, mi trovai di fronte a un compito difficile, poiché sembrava in uno stato di latente dissociazione, e così cominciai a chiedergli se ricordava questo episodio, e se secondo lui aveva a che fare con il sogno e il nostro modo di procedere nell'analisi. E così pian piano capì, nel modo per lui era caratteristico: lo stupore e il senso d'inferiorità per non aver capito da solo il sogno, insieme a un'ambigua gratitudine verso di me e l'analisi, e solo per ultimo la consapevolezza che, se desiderava vivere, doveva permettere al suo analista di guidare anche lui l'analisi.

Se delineo brevemente la storia di questo paziente forse si potrà comprendere meglio come successivamente decisi di continuare questa analisi.

Quando il paziente è venuto da me, all'età di circa 35 anni, si stava interrogando se sposarsi con la fidanzata con cui conviveva ormai da cinque anni. La tradiva spesso, e ciò lo preoccupava. Faceva risalire questa sua infedeltà alla storia dei suoi genitori, che si erano ormai separati da tempo, lasciandogli una pesante eredità di difficoltà relazionali. Il padre era stato un dirigente apprezzato, ma per il suo carattere aveva perso diversi posti di lavoro. Apparentemente affezionato al figlio, sistematicamente tendeva a mostrarsi superiore a lui, alimentando un sottile agonismo che ben presto avrebbe permeato il comportamento del paziente nell'analisi. Il paziente dopo la separazione era rimasto con la madre, una donna anche lei apparentemente affezionata al figlio, ma essenzialmente possessiva. Aveva avuto diversi compagni, persone cui il paziente si era volta a volta legato, in particolare l'ultimo di questi. Come estrazione sociale i due genitori appartenevano alla media borghesia, e non c'erano tracce palesi di violenze familiari, se non – nei racconti del paziente – le evidenze di due forti temperamenti narcisistici, con qualche tratto megalomano-onnipotente per il padre, e più marcati tratti depressivi della madre, che qualche volta aveva minacciato addirittura il suicidio. Il paziente si era laureato in economia non brillantemente, poi era entrato in uno studio di commercialisti trovando una graduale sua professionalità. Quando è venuto da me il padre stava entrando in una progressiva situazione di estromissione lavorativa e di crescente emarginazione sociale. Quando dopo due anni di analisi il paziente si risolse a sposarsi, la madre iniziò a manifestare gelosie e intrusività che cominciarono a rendere difficili i rapporti con il figlio e la nuora. Nel frattempo divennero chiari molti suoi aspetti autodistruttivi: perse anche lei più volte il lavoro, lamentandosi della mancanza di sensibilità del figlio e della nuora. Quando nacque il primo nipote la sua distanza rancorosa non si attenuò, facendosi viva assai poco col figlio, e questo mi colpì molto, insieme al graduale distacco anche del padre. In un certo senso nella mente del paziente calò il silenzio di questi due genitori, una situazione davvero singolare se si tiene conto del loro ambiente medio-borghese, all'apparenza ben socializzato. Il paziente sembrava aver accettato una specie di orfanità che, da sola, faceva da sfondo al suo comportamento con me. Sembrava attaccato all'analisi, che però combatteva in tutti i modi, molto sottili. Ad esempio complicava il pagamento, variando ritardi e scuse, rendendolo una forma di rituale imposto da lui. Sembrava che volesse davvero bene alla moglie, ma bastava poco per non sentirsi capito, e allora la umiliava o la tradiva, anche esponendola sadicamente al rischio che lei se ne accorgesse. Ma, soprattutto, comparivano ogni tanto dei sogni che chiaramente dicevano come il paziente viveva male l'analisi. Sognò di entrare in casa mia, d'essermi aggirato a lungo, come per una specie di familiarità, ma di nascosto. Un'altra volta sognò che, dopo aver suonato al citofono, era rimasto fuori a sentire

le voci che venivano da dentro la mia casa, pur essendo già dentro al mio studio. Un'altra volta sognò di essere entrato in casa e di aver portato via qualcosa, ma non ricordava. Non aveva avuto difficoltà a riconoscere che i sogni segnalavano una sua furtività, e che ciò caratterizzava l'aspetto prevalente dell'analisi. Cominciarono allora ad accentuarsi delle tematiche imitative, cioè la sua preoccupazione di pensare proprio come me, e di imitare anche come parlavo. Era una tematica molto simile a quella di Gaddini (1969), imitare per avere o per essere, che metteva a fuoco come controllasse la nostra relazione cercando di impossessarsi di aspetti che riconosceva utili. Il quadro della sua sensibilità-permalosità narcisistica, insieme a questa furtività, era facilmente riconducibile ai molti combattimenti con il padre e con la madre, in diversi modi capaci di svalorizzarlo, e la cui forza aggressiva-distruttiva non traspariva direttamente in questi racconti, ma proprio nel drammatico silenzio di questi genitori nella realtà esterna e in quella interna del paziente.

A posteriori, ora che questo quadro è diventato molto più chiaro, è facile riconoscere l'enorme capacità mimetica che questo giovane si era dovuto dare per mascherare questi conflitti, e ora traspariva nella lotta silenziosa per impadronirsi del tipo di sicurezza mentale cui ambiva e che riteneva io avessi. Molto in lontananza era però percepibile il suo affetto, che potrei definire *traditore*, nel senso che sollecitava negli altri una risposta affettiva, subito però seguita da un attacco-abbandono che lasciava sofferente l'interlocutore (io ne facevo una sistematica esperienza). Benché il paziente fosse ben più che nevrotico, un coacervo di stati dissociativi mantenuti coesi da un controllo ossessivo, si stava formando in lui una personalità più organizzata, i cui segni erano un rapporto senza dubbio migliorato con la moglie, una forte affettuosità per il figlio che era nato, una capacità professionale e sociale accresciuta. Ma il modo più sintetico per descriverlo era il suo tenace attaccamento, pur con un'enorme difficoltà a servirsi delle risorse identificatorie dell'analisi per individuarsi nel progetto cui tanto ambiva, divenire un uomo più maturo e padrone di sé.

Dopo il sogno dell'aeroplano, avemmo un breve periodo di fruttuosa "pace analitica", cui però seguì da parte del paziente un distacco crescente, ben mimetizzato da un'apparente partecipazione all'analisi. Ero ora più esperto delle complicate sfaccettature mimetiche di questo doppio, ma non era facile né segnalarlo al paziente senza che le difese crescessero, né mantenere un rapporto affettivo che le sciogliesse. Che fare? Pensai che il paziente era in una impasse, ma che il suo nodo principale era un miscuglio confuso di stati fusionali che lo angosciavano impedendogli addirittura di percepire quanto poteva essere vantaggioso per la sua identità anche semplicemente "desiderare" una relazione affettiva stabile. Nei termini che potremmo riferire a Lacan (1974), era oppresso dal desiderio dell'altro (entrambi i desideri potentemente narcisistici del padre e della madre), per cui anche il mio semplice desiderio di contribuire al suo miglioramento era avvertito come pericolosissimo. Dovetti fare una lunga elaborazione controtrasferale con l'interrogativo su quale fosse la distanza giusta tra di noi, in modo che la percezione di un affetto nei suoi confronti non attivasse in lui una tendenza distruttiva o autodistruttiva.

Non saprei descrivere bene questo passaggio, piuttosto complicato. Al ritorno dalle vacanze il paziente sembrava stare meglio, ma in profondità percepivo bene la sua angoscia. Decisi di comunicargli che, a mio parere, l'analisi era andata abbastanza avanti, mi sembrava che lui potesse cominciare a progettare una sua separazione, e che questo lo avrebbe aiutato a capire se realmente voleva fermarsi ancora. Forse avrebbe potuto anche continuare con un altro analista, in modo da avere anche prospettive diverse per completare il quadro che ormai si era fatto di

sé. Accennai senza insistere troppo che il nodo principale mi sembrava che lui non potesse permettersi di desiderare, ma che forse ora avrebbe potuto capire meglio, in vista di questa nostra separazione, se davvero desiderava, e che cosa. Il paziente sembrò molto sollevato, anche se un po' spaventato, e così cominciò questo nuovo lavoro tra di noi.

Il problema è che io cercai di essere sincero. Qui vi è un paradosso, facile da descrivere, ma difficile da gestire. Avevo accettato di perderlo (nella fantasia che addirittura lo portasse via un altro), però speravo di non perderlo. I due sentimenti erano dentro di me, ma in uno spazio mentale diverso: non nel senso che non coabitassero nella mia mente, visto che si riflettevano tra di loro e mi fornivano una sorta di bussola mentale, ma nel senso piuttosto che non si contraddicevano. Ad esempio pensavo che se il paziente fosse andato via, forse sarebbe stato meglio per lui; e inoltre che se la sarebbe cavata abbastanza sia da solo, sia se avesse proseguito l'analisi con un altro, sia se fosse poi tornato. *Però* mi avrebbe fatto piacere non perderlo. Speravo che, se io fossi stato libero, avrei potuto aiutare il paziente a liberarsi dall'angoscia di non saper cosa desiderare. In effetti così accadde. Il paziente dapprima non capì, era evidente che si dibatteva. Poi cominciò a riprendere diversi temi passati, e il tono delle sue comunicazioni iniziò a diventare più semplice. Dopo circa un anno di questo lavoro visualizzò molto bene una specie di bordo sul quale stava sospeso, tra finire l'analisi e continuare: ma trovò la cosa molto congeniale, aveva un tono di voce leggermente divertito e incuriosito, disse che così gli andava bene. Ero insomma, presente e assente, ma vicino, si direbbe nel dosaggio giusto: in effetti, dei due sentimenti, man mano che andavamo avanti, diveniva prevalente quello di lasciarlo libero di andare; ma appunto, ero contento che rimanesse. Sul piano più strettamente clinico, pian piano abbandonò una modalità imitativa-furtiva: incominciò a prendere cose mie semplicemente perché sembrava gli piacesse e le trovasse utili. Quando cominciò a pensare di passare da due sedute (a cui eravamo ormai da un paio d'anni) a una seduta soltanto, mi limitai a fargli notare che stava trovando molte cose nuove, e che mi sembrava un peccato per lui, ma che comunque era libero di decidere. Così continuò a due sedute e sta continuando tuttora. A mio parere tutto ciò può sembrare semplice e, a posteriori, pone la domanda del perché non mi sia posto in un atteggiamento simile anche prima. La risposta è che, probabilmente, avevo dovuto impiegare molto tempo per padroneggiare una dinamica identificatoria del paziente estremamente complicata: un bordo assai sottile e instabile, dove coabitare in vista di una prospettiva di separazione, ma stando insieme, ciò che era la cosa di cui aveva bisogno.

Forse una domanda può formarsi alla lettura di questo caso: se la “distanza giusta “ consista in una sorta di filo elastico la cui “buona tensione “ può essere mantenuta solo dalla dinamica del desiderio del paziente. Ciò corrisponde a una indispensabile attenzione clinica ma, nella tematica della distruttività, questa metafora introduce a quella spesso più realistica e pericolosa del “tiro alla fune “ tra l'analista e il paziente, ciascuno dei quali ha un suo desiderio che può tradursi nella vincita sull'altro. Questo rischio dipende dal fatto che un contenuto distruttivo mette drammaticamente in primo piano il senso della vita che permea inevitabilmente la ragione della cura, ma che produce due direzioni opposte. Non sempre, perciò, riesco a seguire il Bion di “senza memoria né desiderio “ e mi accade quindi talvolta di tirare il filo del desiderio dalla mia parte, indico la direzione che – mi auguro –, se siamo entrambi attenti, forse impedirà a me e al paziente di soccombere alla distruttività. Un anno fa una mia paziente mi elenca una serie di propositi molto idealizzati sul suo desiderio di cambiar vita, ma l'elenco, in una paziente così istruita e intelligente, appare del tutto privo di qualche ipotesi sulla loro fattibilità, in particolare

sull'apertura di un breadandbreakfast. Bisogna tener presente che la paziente ha cambiato lavoro da circa sei mesi, dapprima piena di entusiasmo per la nuova scelta, di cui ora si lamenta in modo esasperante. Quando le faccio notare che ora ne propone una nuova, ma non dà né lei né a me alcun elemento realistico per riflettervi, la paziente si irrita e dice seccamente che lei è fatta così. Rispondo allora che tanto vale non venire in analisi, perché il presupposto è il desiderio di cambiare. Può sembrare una risposta troppo secca, infatti la paziente si irrigidisce offesa. Ma è l'intonazione di voce della paziente che apre uno scenario che avverto potentemente distruttivo.

Nella sua storia c'è un lutto all'età di 16 anni per il padre morto, che aveva per preferita lei, l'ultima delle tre figlie, lutto davvero difficile da elaborare, visto che la madre ha contribuito, insieme al padre padre, ad alimentare narcisisticamente la sua precoce indipendenza e capacità di studio, ciò che l'ha resa un avvocato in carriera, ora però totalmente in crisi per il rifiuto della vita che sta facendo. In profondità c'è quindi un desiderio esasperato di una vita nuova, che include anche la fantasia di cambiare la sua scelta omosessuale. Questa sua storia invita a una profonda solidarietà ma, come si vede in questo episodio, predomina il suo desiderio di fuggire senza una meta. Nell'abisso che si apre in quella frase non vi è una reale distruttività, ma un agonismo senza oggetto, che però si manifesta come una forma vuota ideale, dove permane l'oggetto assente di un padre la cui morte non è elaborata. In modo terra-terra perciò dichiaro, con quella affermazione, che il mio scopo nell'analisi è la vita, sottintendendo che non sono disposto a cedere su questo principio.

Ma il problema è più complesso. Una settimana dopo, in una seduta in cui mi vengono raccontate solo cose negative, dichiaro che ascoltandola mi sono sentito molto solo. È una comunicazione che sorprende anche me. Aggiungo poi che questo mio sentimento probabilmente corrisponde alla sua solitudine. Ciò, controtrasferalmente, è corretto, ma assai meno vero della mia prima dichiarazione: siamo apparentemente in due, ma uno dei due vuole che l'altro sia solo, e se ne senta colpevole. D'altra parte la paziente capisce benissimo, fa finta di non seccarsi ma è offesa, dichiara che concorda che non può portare solo cose negative (ma mi scriverà poi una lunga mail per lamentarsi di non poter dire quello che vuole). Dopo due settimane si scusa, chiariamo meglio quello che è accaduto, e da allora è più attenta a ciò che ci diciamo. Questo episodio però descrive assai poco delle comunicazioni confuse-mortifere da lei avute con la madre, tutte coperte dalla brillantezza che la paziente si è imposta dopo la morte del padre e che la madre ha sostenuto perché congeniali al suo lutto, di moglie in realtà assai poco innamorata del marito.

Se appena si torna indietro prima dei 16 anni di questo lutto, e ci si inoltra nella prima infanzia della paziente, si intravede subito (e ora lei stessa comincia a vederlo) il sottile inganno con cui è stata accolta: terza figlia dopo altre due, ma palesemente desiderata come maschio, glielo si dice fin da piccola, con semplicità-simpatia-leggerezza: perciò può giocare a pallone con i maschi, fa a botte, viene lasciata libera in tutto per tutto, ma lei oscuramente capisce che c'è un patto da rispettare, ed è quello di essere bravissima a scuola, imparare a provvedere a se stessa, far da paciere ai continui litigi dei genitori, evitare gli errori delle sorelle in modo da non incorrere in continue reprimende. Non è banalmente un oggetto narcisistico, ma qualcosa di più: una specie di ostaggio degli ideali privati, mai espressamente comunicati, dei genitori, e della dichiarazione stentorea da parte della madre, nei consigli che le dà a proposito delle sue difficoltà affettive, che i rapporti sessuali sono un'incombenza il più possibile da evitare. Per cui, nel dramma di questa paziente quarantottenne, c'è l'interrogativo anche sulla sua presunta omosessualità e la richiesta-desiderio di essere aiutata a capire fino in fondo chi mai lei è. Non si tratta

in questo caso, ancor meno che nell'altro, di una distruttività palese, ma di quelle terribilmente sottili che incombono sui pazienti fin da piccoli, che loro fanno proprie, e che non necessariamente qualificiamo come tali. Ma la paziente è costretta da allora ad assolvere a qualcosa di non vero, ad esempio non sa riconoscere la forza amorosa e vitale di alcune compagne che le hanno voluto bene, cui ha risposto con così tanta trascuratezza da non capire, ad esempio, perché l'ultima l'ha lasciata.

Un altro caso può aiutare a riflettere, ed è quello di un'altra paziente omosessuale, che subito mi ha dichiarato che non poteva nominare una “certa parola “ che avrebbe chiarito il potere avvolgente della madre. Me lo fece capire solo dicendomi che era un sinonimo conosciuto della mafia: e allora afferrai il nome, *piovra*. Questa comunicazione delineava immediatamente un tratto isterico della paziente, ma soprattutto la potenza isterizzante dalla madre, che fin da quando lei era piccola le aveva pronosticato un futuro omosessuale. Nella storia familiare della paziente c'è un padre descritto vistosamente assente, e un fratello molto persecutore, spasmodicamente geloso del rapporto della madre con la sorella.

Questa madre era onnipresente nella mente della paziente, e ne manteneva un possesso stabile, da cui la paziente invano cercava di liberarsi. Nell'inizio dell'analisi il modo di vivere della paziente era assai promiscuo, e la prima cosa che faceva appena incontrava una nuova compagna era di farsi ospitare a casa sua, dove sistematicamente rubava dei piccoli oggetti, un modo con cui “marcava “ questo territorio estraneo per sentirlo suo. Tutte queste sue relazioni erano fortemente simbiotiche, e connotate da una grande angoscia. La sua libertà di pensiero, se era con la compagna, era veramente ridotta al minimo, ad esempio non poteva leggere un libro quando era seduta vicino al lei sul divano: l'idea di potersi staccare, avere una sua quota di solitudine, non era neanche pensabile. Contemporaneamente appariva molto intelligente, ma nel versante di una furbizia: e ci volle tempo perché divenisse chiaro che preferiva apparire così piuttosto che essere in un contatto più diretto. In una specie di lontana profondità era avvertibile il misto di onestà e desiderio di liberazione che l'aveva portata in analisi, e traspariva dalla timidezza-cautela a volte esasperante nel dire i suoi pensieri; insieme al repertorio di risorse associative-espressive per certi aspetti affascinante, dove però non era chiaro dove lei veramente fosse.

Dove intendo portare, con questi esempi? Essi, come ho detto, non caratterizzano le forme estreme di distruttività che talvolta giungono nei nostri studi, se non rapportandole genericamente a una tematica più ampia, dei molti nuclei narcisistici che si accompagnano di norma alle valenze distruttive-autodistruttive. Un aspetto particolare però a me appare particolarmente utile sottolineare, e lo affronterò da un punto di vista teorico personale, che mi auguro lasci aperto uno spazio ampio di riflessioni.

Riflettendo sulle molte teorie psicoanalitiche e sociologiche sulla distruttività, mi sembra utile riconsiderare dapprima più in dettaglio il percorso teorico di Freud: l'aggressività è per lui inizialmente la proprietà generale della libido (*Tre saggi sulla teoria sessuale*, 1905), cioè dell'energia vitale sessuale, e legata alla frustrazione sperimentata nella ricerca del piacere. Solo nel 1915, in *Pulsioni e loro destini*, l'aggressività diviene indipendente dalla libido e assegnata alle pulsioni dell'Io (o di autoconservazione); infine, dopo il 1920 (*Al di là del principio di piacere*), l'aggressività non appartiene più all'Io, ma è una manifestazione della pulsione di morte, che contrapponendosi a quella di vita conduce l'organismo alla morte. Tramite questa contrapposizione, come poi

precisa nel 1924 (*Il problema economico del masochismo*), la pulsione di morte può rivolgersi contro l'organismo legandosi alla libido nel "masochismo originario", o viceversa volgersi all'esterno come sadismo, a difesa della sua autodistruzione. È la visione in un certo senso mitologica di questo percorso che ha come scopo ultimo la morte, a non persuadere in genere la comunità psicoanalitica e a spingerla al sostanziale rifiuto della teoria. È però importante rilevare, proprio per le riflessioni che seguono, che in questo percorso l'aggressività non viene a tradursi semplicemente nella pulsione di morte, ma in una sua dinamica di estroversione e introversione, che da allora entra far parte stabilmente, per gli psicoanalisti, della dinamica delle patologie distruttive-autodistruttive. Se si riflette che nel 1922 (*L'Io e l'Es*) Freud elabora il concetto di Super-Io, l'internalizzazione superegoica delle esperienze infantili e delle cure materne costituisce a sua volta la dinamica tra tendenze costruttive e distruttive dell'individuo.

In questo lungo percorso l'aggressività, proprio per la sua radicale conclusione metapsicologica, assume però per lo psicoanalista la valenza di una dinamica essenzialmente distruttiva-autodistruttiva, coprendo alcuni significati dell'aggressività non necessariamente di questo tipo, a mio parere ancora utili a comprenderne le funzioni. Lo stesso Freud del 1905 ad esempio, dopo aver definito, nel primo dei tre saggi sulla sessualità, l'aggressività come una proprietà generale della libido, nel secondo ne sottolinea un aspetto non riferibile semplicemente alla libido, ma piuttosto a una "pulsione di appropriazione", che pertanto può assumere specifiche connotazioni aggressive. È perciò a mio parere utile riflettere all'ampiezza delle caratteristiche possibili dell'aggressività, che risaltano soprattutto nelle teorizzazioni non psicoanalitiche, e permettono di valutare meglio la differenza tra aggressività e distruttività. Anderson (2000) ad esempio precisa che la violenza è sempre aggressività, mentre molte forme di aggressività non sono violente, distinzione che ricalca in parte quella di Fromm (1973) tra aggressività difensiva benigna e quella maligna; tra le caratteristiche dell'aggressività accettate consensualmente in ambito sociale, risulta ad esempio importante l'assertività, ovvero la motivazione a difendere-innalzare il proprio ruolo e ad affermare sé stessi in relazione a oggetti o scopi particolari (Bandura, 1973). Sono inoltre senza dubbio fondamentali gli studi sull'origine evolutiva dell'aggressività umana da quell'animale (Lorenz, 1963), che caratterizzano le tre principali funzioni, la sopravvivenza (*aggressività difensiva*), lo sviluppo (*aggressività adattiva*) e la maturazione dell'individuo (*aggressività esplorativa*); e, soprattutto, l'importante distinzione nel comportamento animale e umano tra aggressività interspecifica (tra specie diverse) e intraspecifica (cioè verso i membri della propria stessa specie) quest'ultima l'aspetto senza dubbio più distruttivo dell'aggressività umana. Per ultimo, è rilevante in ambito psicologico (Dollard, Miller, Doob e al., 1939) la funzione della frustrazione come spiegazione scatenante dell'aggressività.

Queste ultime considerazioni, benché apparentemente estranee alla teoria psicoanalitica, costituiscono di fatto lo sfondo più semplicemente psicologico, anche se non dichiarato, che sembra aver gradualmente equilibrato lungo gli anni l'impatto metapsicologico dell'ultimo Freud, per cui gli psicoanalisti, nel lavoro clinico, si muovono in genere elasticamente tra due valutazioni dell'aggressività: quella riferibile a un generico istinto di conservazione-affermazione, che sollecita a imporre le proprie esigenze e ad agire per il proprio benessere, talvolta da promuovere nel paziente per aiutarlo ad affrontare-superare gli ostacoli; e quella, di un'aggressività ben diversa, delle valenze distruttive rappresentate dalla violenza e dall'ostilità, sia verso gli altri che verso se stessi, non sempre però riferite espressamente al modello pulsionale freudiano.

Ben diverso appare invece il tema della pulsione di morte dal punto di vista dell'eredità metapsicologica freudiana nei modelli teorici-clinici successivi. L'eredità si mostra assai fragile, diversificandosi in molte linee diverse, di cui accenno solo alcuni esempi. La Klein (1933), come sappiamo, può essere ritenuta la più aderente alla concezione freudiana, per certi versi radicalizzandola, anticipando addirittura la nascita del Superio. Ma già Fenichel (1945) rifiuta, praticamente negli stessi anni, l'esistenza di un istinto di morte e considera l'aggressività un processo sostanzialmente solo reattivo. Fairbairn (1954) e Guntrip (1968), della scuola inglese, a loro volta concettualizzano l'aggressività come una reazione alla mancanza di gratificazione della "ricerca dell'oggetto" da parte del bambino. Persino la corrente psicoanalitica dello sviluppo autonomo dell'Io (Hartmann, Kris, Loewenstein, 1949) che pure considera l'aggressività come un'attività istintuale simile alla libido, la ritiene indipendente dall'istinto di morte, proprio per dare un significato produttivo alle trasformazioni dell'aggressività. Il maggior mutamento comincia però a prendere forma negli anni 80, con gli sviluppi teorici di Kohut (1971, 1972, 1977) e di Kernberg (1976, 1984, 1992, 2001) che concettualizzano in modo innovativo lo sviluppo della aggressività e della distruttività a partire dalle relazioni oggettuali; e, in modo simile, procedono gli "intersoggettivisti" (Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1987) che, ad esempio, considerano l'aggressività del borderline non costitutiva, ma una risposta a incomprensioni dell'ambiente (e quindi anche del terapeuta). Il quadro poi si differenzia ulteriormente – e con la crescente preoccupazione della comunità psicoanalitica di perdere le sue originarie radici – nelle teorie relazionali-intersoggettive, di cui farò rapidamente cenno più avanti.

Queste notazioni storiche, pur brevi, mi auguro servano ad inquadrare l'ambigua eredità della nozione di "distruttività" che la "pulsione di morte" freudiana trascina con sé, sottintendendo un nucleo contraddittorio: la pulsione di morte, nella forma enunciata da Freud, è sostanzialmente rifiutata in ambito teorico, mentre in ambito clinico, invece, è accettata la dinamica di estroversione e introversione descritta da Freud a partire dalla pulsione di morte, che da allora entra far parte stabilmente dello studio clinico delle patologie distruttive-autodistruttive. Vi è una spiegazione a questo paradosso? La spiegazione che ora proverò a darne risiede, a mio parere, in un percorso metapsicologico diverso della trasformazione aggressività-distruttività descritta da Freud: la sua dinamica, a mio parere, ha origine non dalla pulsione di morte, ma dalla enorme complessità della relazione primaria madre-bambino, che può spiegarne da sola gli aspetti principali.

Concentriamoci brevemente su quel periodo dello sviluppo trattato nella letteratura psicoanalitica come fusionale-simbiotico (Greenacre, 1959; Mahler, 1968), le cui diverse fasi mettono in luce la progressiva differenziazione del bambino. Questo sviluppo include stati simbiotico-fusionali potenzialmente pericolosi (a partire già dalle osservazioni di Bleger, 1967), messi in evidenza dalla difficoltà, spesso rilevabile nei pazienti anche meno problematici, della loro fase di separazione-individuazione nell'infanzia (Tagliacozzo, 1990); stati che però assumono un'importanza essenziale nelle psicosi (Rosenfeld, 1964) o nei disordini gravi della personalità (Kernberg, 1984, 1992). L'ampiezza e variabilità di questi stati fusionali a mio parere fornisce diverse ragioni all'originarsi di molti aspetti relazionali e intrapsichici riferibili alla distruttività. In questo approccio, dunque, non privilegio le ipotesi pulsionali, poi radicalizzatesi nell'ultima metapsicologia, ma soprattutto alcuni difficili processi di autonomizzazione-separazione dall'ambiente familiare, che possono spiegare trasformazioni successive di primari stati difensivi già permeati di forti conflitti in grado di sfociare in forme distruttive. Il concetto, ad esempio, di trauma cu-

mulativo di Khan (1974), sottintende quello freudiano classico di “barriera degli stimoli “, ma nel significato di una rottura ripetuta, i cui effetti si manifestano però non subito, ma solo successivamente. In modo altrettanto problematico Khan (1974) descrive il concetto di “idoleggiamento “ una sottile attivazione materna che produce nel bambino una pericolosa relazione di complicità, che implica una dissociazione del Sé.

Questi aspetti patogeni spiegano perché io sia così interessato alla problematicità di questi stati fusionali: essi, a mio parere, determinano la parte prevalente di conflitti intrapsichici e relazionali che, nel periodo iniziale, rimangono inizialmente inespressi e quindi scarsamente elaborati. Si tratta, per comprenderne più precisamente la pericolosità, di conflitti relazionali che diventano fusionali non per la propensione naturale del bambino ad ancorarsi identificatoriamente agli oggetti regolatori dell'ambiente, ma piuttosto per le difficoltà dell'ambiente familiare a facilitare la trasformazione-elaborazione di questi stati fusionali in modo da promuovere una autonomizzazione condivisa. Questa tesi è ad esempio adombrata da Giovacchini (1979, 1986), che sottolinea come la patologia delle figure genitoriali possa promuovere la distorsione e l'insufficienza della crescita psicologica del bambino, tesi in seguito ribadita largamente dagli studiosi dell'attaccamento (Crittenden, 1985; Lyons-Ruth et al, 1987, 1999, 2003; Main, Hesse, 1990). La difficoltà evolutiva prodotta da questi stati fusionali conflittuali è perciò spiegabile meglio non con la tendenza del bambino a rimanere ancorato a una facile dipendenza, ma piuttosto dalla difficoltà dell'ambiente familiare a riconoscere e valutare correttamente questi conflitti, che vengono meglio comunicati solo quando la crescita introduce all'adolescenza: questa difficoltà dell'ambiente può quindi indurre complicate e indecifrabili manovre comportamentali e psichiche atte a limitare e colpevolizzare i processi di autonomizzazione del bambino e, successivamente, quelli della sua maturazione adolescenziale, e comunque a non renderli sufficientemente elastici e adattivi nelle fasi dello sviluppo.

Questa tesi, contemporaneamente, comporta un'attenzione particolare a come nella reazione terapeutica il vincolo di dipendenza si traduca effettivamente per il paziente in una valenza fusionale positiva, ciò che avviene quando la utilizza in modo sostanzialmente semplice, sa-persi e potersi alimentare dei processi identificatori che permeano l'interazione con il terapeuta. Il contrario accade invece, quando l'apporto identificatorio del lavoro terapeutico può produrre una conflittualità ben percepibile, in genere sotto due condizioni: la prima, più semplice, quando il terapeuta induce un processo introiettivo-identificatorio che *in quel momento* sopravanza le capacità elaborative disponibili nel paziente; l'altra, ben più pericolosa, quando *più in generale* si manifesta l'impossibilità del paziente a servirsi del materiale introiettivo che si forma nell'interazione col terapeuta (temi che caratterizzano entrambi la cosiddetta relazione terapeutica negativa).

Se si torna a primo caso clinico, lo snodo essenziale che ha permesso il mutare della terapia è stata la valutazione dell'ostacolo principale del paziente, l'angoscia di dover dipendere da una assimilazione inevitabile di proprietà identificatorie delle relazioni che si formavano tra noi. Il caso di questo paziente, se trattato da un punto di vista classico, corrisponde alle ipotesi di Gaddini (1969) sulla differenza tra imitazione per avere o per essere. Il paziente si impossessa furtivamente delle mie dinamiche mentali utilizzando un processo imitativo teso ad avere; nel nuovo corso della terapia, invece, è più sottilmente diretto ad acquisire queste dinamiche perché interessato ad “essere “, cioè individuarsi nella propria identità. Il problema, dal punto di vista delle difese che si riorganizzano da un conflitto primario di tipo fusionale, è però diverso: il

conflitto si ripresenta una modalità imitativa come una proprietà naturale dell'introiezione, che può però virare in due diversi ambiti relazionali, di cui solo il primo è difensivo, poiché il processo introiettivo ripristina un nucleo fusionale identificatorio conflittuale. Il tema ben evidenziato da questo paziente è pertanto la pericolosa natura dis-identificatoria del processo introiettivo naturale che, per un nucleo fusionale, può formarsi in un'intensa interazione terapeutica. Il paziente avverte di incamerare-introiettare elementi determinanti del funzionamento psichico del terapeuta, che si trasformano immediatamente in potenzialità interazionali che lui ha con gli altri oggetti relazionali, ma avverte contemporaneamente la pericolosità del processo, poiché riattiva la pericolosità sperimentata nel suo ambiente familiare per la forte pressione identificatoria esercitata dal padre e dalla madre.

Ciò segnala che il processo introiettivo-identificatorio è inevitabile nel lavoro terapeutico, anche se trasformato rapidamente da modalità difensive, che però vanno valutate accuratamente per evitare insorgenze distruttive o autodistruttive. In questo paziente la struttura difensiva si riarticolava infatti immediatamente in più processi. Desiderava accogliere questi contenuti introiettivi in un qualche spazio mentale, poiché era interessato profondamente ad averli, provenendo egli da un vissuto di carenza identitaria; poiché però le massicce modalità proiettive familiari avevano determinato in lui un predisposizione introiettiva che lo rendeva troppo sensibile a nuove introiezioni, in lui si organizzava una sofferenza difensiva di tipo paranoideo; era questo tipo di costante controllo proiettivo che io avvertivo e esauriva mentalmente me e il paziente; contemporaneamente, perciò, egli accoglieva questi contenuti introiettivi in uno spazio mentale separato, ciò che appunto determinava uno stato latente di scissione.

Se si entra nel merito di questo processo si può avvertire quanto era difficile da reggere per il paziente: egli non poteva appoggiarsi alle identificazioni precedenti, perché a un livello inconsciente le rifiutava; erano però la base d'appoggio della sua stessa capacità di pensare, per quanto "infestata" da contenuti emotivi di tipo ansiogeno-persecutorio; questi ultimi si ripresentavano immediatamente appena una figura che in qualche modo si riagganciava a quelle genitoriali presentificava nuovamente i contenuti persecutori che avevano agito contro di lui; poiché però aveva bisogno di questi nuovi contenuti, e li avvertiva potenzialmente utili, voleva incamerarli, ma non possedeva una capacità discriminante su quali effettivamente potevano divenire suoi, essendo stata dominante la pressione identificatoria dei genitori.

Possiamo capire meglio queste difficoltà se ci riferiamo a come nell'Infant Research la relazione bambino-madre viene caratterizzata dalla cosiddetta analisi della "contingenza" (Gergely, Watson, 1999; Gergely, 2004): cioè come il bambino può effettivamente elaborare le interazioni tramite cui la madre intende regolarne il comportamento. Contrariamente a quello che si potrebbe supporre, una interazione ottimale non è "perfetta", ma include un ampio margine di imprecisione, che permette al bambino di selezionare proprio da questa aleatorietà di cause-effetti quelle che meglio preservano uno spazio mentale potenzialmente autonomo, permettendo di adattarlo elasticamente alle intenzionalità educative della madre. Questo spazio mentale elastico caratterizza appunto il processo introiettivo ottimale tramite cui il bambino accoglie le richieste materne avvertendone l'utilità, perché funzionali alla acquisizione di capacità previsionali nell'interazione con l'ambiente familiare, ma non eccessivamente stringenti o ambigualmente contraddittorie.

Queste precisazioni, a mio avviso, hanno il pregio di mettere in rilievo, già nelle prime fasi dello sviluppo infantile, la complessità relazionale del processo introiettivo che si ancora sistematicamente alle rappresentazioni di oggetti sia inanimati che animati. Pertanto le interazioni

tra paziente e terapeuta ripristinano l'intero arco dei complicati processi interazionali-introiettivi che, a partire da questa prima analisi della contingenza, il bambino e poi l'adolescente accumulano dall'interazione con l'ambiente. Ovviamente, poiché il terapeuta è un centro iperdeterminante di nuovi processi introiettivi, i vincoli fusionali della prima maturazione tendono a manifestarsi, nel lavoro terapeutico, in concomitanza ad ancoramenti potenzialmente simili, soprattutto se riattivano difese precarie o ambivalenti. La complessità di queste tematiche rappresentazionali non caratterizzano, di norma, la nostra descrizione dei contenuti fusionali-simbiotici della prima maturazione del bambino, ed è importante spiegarne la ragione: noi tendiamo ad addebitare queste proprietà fusionali soprattutto a legami di vicinanza corporea, più che ad aspetti mentali relazionali già molto vari del bambino con l'ambiente familiare.

È in questa situazione apparentemente semplice, ma ricca di contrattazioni e di conflitti, che i genitori tendono a ribadire le norme che soprattutto rassicurano l'ambiente familiare, e lo fanno in genere, nel lungo arco dall'infanzia all'adolescenza, attraverso una modulazione-elaborazione solo raramente elastica degli affetti primari del bambino. Ciò tende a stabilizzare non semplicemente i contenuti fusionali originari, ma vincola i tentativi di differenziazione del bambino a un potente condizionamento valoriale delle sicurezze affettive originarie. In parole povere, l'ambiente familiare facilmente propone come necessari altri vincoli fusionali, ma celati in aspetti relazionali solo apparentemente più maturi. Essi tipicamente riformulano in modo più vario e argomentato i pregressi stati fusionali primari, formatesi in modo implicito e quindi sempre attivi: ciò ripristina perciò, in modo implicito, intricati accoppiamenti madre-bambino che già nella fase simbiotica-fusionale sono condizionati da richieste affettive insoddisfatte, rimproveri inespressi, aspettative ambivalenti, che ciascuno dei due membri, la madre o il bambino (e ben presto la madre o il padre o il bambino), può esercitare sull'altro.

Se si ritorna brevemente al primo paziente, la sua tendenza furtiva ad impossessarsi del mio modo di relazionarsi con lui favorirebbe certamente l'idea di una invidia primaria costitutiva del suo carattere. Questa si manifestava con una tale evidenza e sistematicità che era stato anche indispensabile parlarne, visto che il paziente ne era consapevole. Ma questo tema riapre quello più generale delle difese che si può supporre si formino proprio da una cattiva elaborazione degli stati fusionali primari. Le capacità manifestamente sadiche del paziente (di cui la moglie era alla vittima preferita) però gli dispiacevano, e ciò metteva in evidenza l'ampia gamma di tonalità affettive che erano latenti in uno spazio mentale da considerare, già all'origine, di tipo introspettivo. Era di fatto fin troppo facile introdurre il tema dell'invidia, poiché il paziente appariva favorevole ad accoglierlo: ma non era difficile capire che, per lui, era più facile venire colpevolizzato (e colpevolizzarsi) che, piuttosto, entrare in contatto con il sentimento affettivo di un dispiacere più partecipe, solidale con il dolore dato all'oggetto, qualcosa di troppo intenso che lui non poteva permettersi. Supporre, perciò, che la distruttività, e in questo caso il suo correlato invidioso, non siano all'origine costitutivi della psiche, ma trasformazioni di interazioni regolate da potenti identificazioni proiettive dell'ambiente familiare, (Silverman, Lieberman, 1999), è a mio parere sempre utile, perché evita di categorizzare astrattamente questi concetti. Li lascia invece nel loro significato più produttivo, quello che rende attenti al loro emergere da una dinamica intrapsichica e interpersonale caratterizzata dalla difficile elaborazione con l'oggetto, soprattutto quando questo impone una frustrazione indecifrabile. Questo difficile tema clinico e teorico riguarda, di fatto, l'ambito delle relazioni oggettuali studiate dagli autori che appunto si

sono distaccati più nettamente dalle ipotesi freudiane della pulsione di morte e dalle tematiche originarie del narcisismo (Fenichel, 1945; Kohut, 1972, 1977; Kernberg, 1975, 1976, 2001).

Se ad esempio ci rifacciamo alla distinzione oggi usuale tra narcisismo buono e cattivo, può forse stupire meno sapere quanto questo paziente fosse sfiduciato verso le sue parti narcisistiche buone, proprio perché così facilmente identificato con quelle cattive introiettate da entrambi i genitori: identificato, beninteso, in un significato reso complicato della introiezione dell'aggressore, cioè con il sottile compiacimento di essere il figlio cattivo rimproverato dai genitori; così come era sottilmente compiaciuto di poter essere oppositivo verso di me. Si può perciò ben capire il tormento del paziente, desiderare di poter raggiungere le qualità affettive-mentali che caratterizzavano evidentemente per lui gli aspetti migliori della nostra relazione, l'angoscia di non poterle raggiungere da solo, l'ostilità verso di me che comunque gli permettevo di riconoscerle e di desiderarle, l'enorme terrore che la sottintesa regolazione della nostra interazione da parte mia gli causava. Ciononostante, sotto questo suo sottile e strenuo combattimento, l'affezione era ben riconoscibile, ed era importante ogni tanto fargliela notare, in modo che pian piano se ne reimpossessasse.

Se questo quadro clinico e teorico, pur così limitato, dà una sufficiente idea dei processi fusionali potenzialmente conflittuali della prima infanzia, credo si possa comprendere perché non ritenga la distruttività un istinto o dotazione psichica di per sé costitutiva dello sviluppo: essa è meglio descrivibile come una trasformazione delle strutture difensive dell'interazione primaria, implicite in tutti i contenuti relazionali-rappresentazionali che il bambino deve apprendere a elaborare assai presto. Non è un piccolo essere ben poco dotato di un apparato mentale, guidato agonisticamente da Io ed Es tra turbolente tensioni pulsionali, ma un bambino ben attento, fin da subito, alle sfumature delle relazioni con gli adulti, come ben sottolineato negli studi della Infant Reserach di Stern (1985) e, nell'ambito dei modelli intersoggettivi che fanno espresso riferimento alla prima infanzia, da Bebe (1973) e Bebe e Lachmann (1994, 2002). Quando queste relazioni primarie gradualmente delineano un confine elastico e affettivamente sicuro tra le proprietà mentali del bambino e quelle dell'ambiente familiare, esse facilitano un passaggio elastico tra stati fusionali primari e quelli mobili necessari alla propria individuazione, dapprima rispetto alle figure familiari e poi rispetto a quelle dell'ambiente sociale da cui imparare a condividere nuove identificazioni, in questo modo arricchendo la dotazione del proprio Sé.

Ciò immette contemporaneamente, a mio parere, nella reale complessità della partecipazione identificatoria che si ripristina nella coppia paziente-analista e produce, quando si riesce ad alimentare con attenzione questo processo, l'intrico ordinario di reciproche introiezioni e il conseguente reciproco lavoro di identificazioni-disidentificazioni, la cui fine lascia così diversi entrambi i membri della coppia, arricchiti ciascuno di qualche contenuto mentale-relazionale che prima non avevano.

Cosa dire, allora, degli altri pazienti così brevemente accennati? Anche loro dinamiche affettive-identificatorie appaiono permeate di valenze distruttive-autodistruttive derivate dalle difese formatesi lungo la transizione tra stati fusionali e stati incipienti di autonomizzazione. Ad esempio, per la prima paziente è dominante la precoce induzione narcisistica dei genitori di avere un maschio, una "identificazione estrattiva" nel significato di Bollas (1987): ciò ha determinato la sua problematica sensibilità segnata dal rapido radicarsi di stati fusionali conflittuali nelle sue risorse identificatorie. L'autonomizzazione precoce, ad esempio, l'ha resa capace di assumere la funzione di leader in un ampio gruppo di amici, di cui però lamenta il parassitismo: questa

loro dipendenza è di fatto il risultato del campo fusionale-simbiotico alimentato da lei stessa, che evita accuratamente ogni loro separazione. La sua tendenza fusionale è però sottilmente rivendicativa, e ciò l'ha resa capace di indurre forti relazioni nelle compagne che ha avuto, ma negando la propria dipendenza e svalutando perciò la loro. Questa precoce autonomizzazione è stata indotta da una madre che ha avuto con lei scarsi contatti fisici, e l'ha privata di quelle relazioni fusionali primarie che fanno da base a una buona sessualità (la madre esibiva con lei la propria insofferenza verso quella del marito): ha perciò un corpo magro, con i tratti tipici di un'anoressica, e s'interroga sui così scarsi suoi interessi sessuali e se davvero è omosessuale. Un radicale conflitto la vincola alla madre con una relazione potentemente ambivalente, e l'attacco a questo oggetto primario, amato ma sottilmente indifferente, alimenta la sua complicata autodifesa con cui ciclicamente attacca il suo lavoro, correndo dei veri rischi autodistruttivi. La carenza di una buona relazione fusionale ha prodotto perciò in questa paziente una autonomia precoce ma rischiosamente autodistruttiva, e la difesa da qualsiasi relazioni di attaccamento, tra cui ovviamente anche quella con il suo analista.

Solo per certi aspetti simile è il caso dell'altra paziente omosessuale, dalla madre tanto oppressiva, che le ha addirittura preannunciato fin da piccola il suo destino omosessuale. Se fosse possibile adottare una metafora della sua influenza ubiquitaria sulla paziente, nel nostro setting questa madre sembrava uscire rispettosamente dalla stanza mentre noi due eravamo al lavoro, per poi rientrarvi subdolamente e impadronirsi di quanto noi stavamo facendo. In questo caso l'ambivalenza fusionale con cui aveva vincolato la figlia scompariva alla nostra percezione, e illudeva di una sua realtà mentale particolarmente ben organizzata. Separare la paziente da sua madre era davvero difficile, benché sembrasse sempre molto consenziente, mentre internamente il ricatto affettivo di un obbligo a non separarsi la rendeva sfuggente e insicura (allora si definiva "inconsistente", "molle", "di merda"): il risultato era una tacita forza adattativa, e la paziente allora si appartava in un suo spazio mentale privato, a somiglianza di come da piccola aveva imparato a chiudersi in una scatola per proteggersi dall'invasione materna.

Queste considerazioni, anche se ridotte, portano necessariamente a interrogarsi sui modelli evolutivi non strettamente psicoanalitici, per diverse ragioni oggi importanti per la comprensione dello sviluppo primario. Consideriamo ad esempio la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969, 1973; Ainsworth, 1978; Main, Goldwyn, 1985-1995), importante anche solo per considerare più attentamente l'attaccamento del paziente in terapia. In questa teoria quattro sono gli attaccamenti "tipo": quello sicuro, i due insicuri (evitante e ambivalente), e quello disorganizzato, tipologia utile per valutare i precoci stili di attaccamento del bambino e le loro successive direzioni evolutive. Questa teoria non è sempre considerata utile dagli psicoanalisti tradizionali (Green, 1996; Sandler, 2000), che tendono a ritenere le evidenze relazionali infantili poco significative rispetto a quelle del loro lascito intrapsichico nel "bambino interno" del paziente. La teoria viceversa attrae gli psicoanalisti che oggi ritengono le prime relazioni madre-bambino rapidamente costitutive di quelle intrapsichiche, proprio per ciò che oggi si sa sulla importanza della memoria procedurale nei primi anni. La teoria dell'attaccamento, per questo motivo, non può essere disgiunta dalla Infant Research (Stern, 1971, 1985), gravata anch'essa da prevenzioni psicanalitiche per le stesse ragioni dell'altra. Sono comprensibili alcune ragioni di queste prevenzioni. Ad esempio i pazienti precedenti non verrebbero inseriti facilmente in uno soltanto dei quattro tipi di attaccamento, ma verrebbero caratterizzati piuttosto da tratti misti, però con alcune interessanti precisazioni. Il primo paziente, ad esempio, con la sua presenza continuativa

nelle sedute (anche in momenti assai difficili) mostra un forte attaccamento, che potrebbe farlo collocare in quello sicuro. Più in profondità, però, ha tratti prevalenti di quello ambivalente, cui verrebbe assegnato; è però presente anche qualche tratto di quello disorganizzato, soprattutto nella prima fase dell'analisi, per via di alcuni stati dissociativi. Il recente percorso del nostro lavoro, che sta fruttando tanto positivamente, dipende dall'aver valorizzato una certa distanza evitante nel rapporto, in modo che l'ambivalenza diminuisse, ciò che ha prodotto una riorganizzazione di questi diversi tratti verso quelli dell'attaccamento sicuro.

La prima paziente omosessuale ha un attaccamento tipicamente insicuro-ambivalente, che rende difficile una continuità dell'analisi, e sono riconoscibili anche alcuni tratti dell'attaccamento disorganizzato. La seconda paziente omosessuale, dalla madre tanto dominante, manifesta un attaccamento in apparenza sicuro, ma con prevalenti tratti di quello insicuro-ambivalente, per la forte dipendenza difensiva dalla madre. La presenza interna di questa agisce come un nucleo ben incistato nella paziente, per un lungo periodo iniziale dell'analisi ben riconoscibile dall'improvviso mutare della voce e dal respiro affannoso. Pur con questa drammatica presenza interna, non vi sono forti tratti disorganizzati. L'invasione materna ha determinato senza dubbio l'omosessualità della paziente, che ora sta evolvendo verso un attaccamento sempre più sicuro: la paziente sta inoltre perdendo alcune caratteristiche falliche della madre e si sta femminilizzando, mentre la sua intelligenza sta perdendo gli stereotipi materni. Ed è altrettanto interessante notare come la sua compagna, che ha avuto anch'essa una madre dominante, stia perdendo a sua volta quella quota di fallicità che nella coppia rimbalzava dall'una all'altra in un ripetuto antagonismo.

Queste osservazioni potrebbero indicare una scarsa precisione dei tipi di attaccamento, ma li sto ricordando perché, nel contesto di queste riflessioni, fanno comprendere come anche in pazienti "poco patogeni" le relazioni di attaccamento vengano troppo semplificate definendole semplicemente fusionali o simbiotiche. Dipendono da configurazioni sempre complesse delle interazioni primarie nel loro ancorarsi a proprietà della percezione-rappresentazione e delle dinamiche emotive, le cui traversie-trasformazioni ricordano quelle delle vicende pulsionali freudiane, ma in un ambito primario che sottintende, per essere compreso, anche rilevanti stati dissociativi dei genitori (Main, Hesse, 1992). È perciò utile rilevare che la teoria dell'attaccamento viene alla luce negli anni 70, proprio in concomitanza alla elaborazione innovativa delle relazioni oggettuali dovute a Kohut (1971, 1978), e in un contesto teorico che apporta diversi cambiamenti di tipo relazionale anche nella teoria classica (Kernberg, 1976; Mitchell, 1988), precorrendo i modelli relazionali e intersoggettivi attuali (quali quelli di Lyons-Ruth, 1998; Lachmann, 1998; Bebe e Lachman, 2002).

In questo nuovo tracciato maturativo del bambino si ha perciò una forte riarticolazione dalle prime ipotesi pulsionali, ma non nel senso radicale cui giunge Freud con la pulsione di morte, bensì di una loro complessa regolazione relazionale: nel periodo iniziale si fissano diversi nuclei della relazioni introiettive con le figure adulte, che si ancorano fin da subito alla complessità dei sistemi rappresentazionali e delle loro dinamiche relazionali. Questo "fissaggio" ha punti-ancoramenti che nella fase fusionale-simbiotica possono apparire ingannevolmente semplici, perché facilmente riconducibili alla sola differenziazione-separazione di un'iniziale coppia diadica; la separazione però sottintende già l'elaborazione di profonde interazioni-regolazioni nel rapporto con la madre, quali sono messi in luce non semplicemente dagli studi della Infant Research, ma anche dalle stesse osservazioni madre-bambino condotte in ambito psicoanalitico (Vallino e Macciò, 2004). Si può riflettere, soprattutto, che la fase simbiotico-fusionale comincia

per la Malher dal secondo mese, e già tra i tre e quattro mesi si formano i principali nuclei della mentalizzazione (Leslie, 1987, 1994), mentre proprio le carenze di mentalizzazione, secondo Fonaghy (1993), determinano gli stati aggressivi confluenti nella distruttività. L'iniziale processo simbiotico-fusionale determina perciò, per le molte difficoltà del bambino a comprendere i diversi aspetti della reciproca interazione, molti confusi e conflittuali vincoli identificatori, che in ambienti familiari particolarmente contraddittori e normativi rendono problematica una autonomizzazione semplice del bambino. È questo ampio processo di induzione-regolazione familiare che perciò determina a mio parere le complesse trasformazioni difensive che noi tendiamo a categorizzare nei termini molto generici di narcisismo o, nel tema qui proposto, della distruttività.

Ciò non esclude le predisposizioni del bambino ad una particolare intolleranza alla frustrazione, come sottolineato da diversi studiosi per spiegare le risposte aggressive-distruttive (Dollard et al. 1939, Spitz, 1965; Bandura, 1973), e quindi una difficile elaborazione dei conflitti. La poca utilità, a mio parere, ad assumere per scontati questi concetti (in particolare quello di narcisismo primario) è però giustificata dagli sviluppi di bambini inizialmente molto adattabili, che diventano poi nell'adolescenza gradualmente ribelli o distruttivi. Si può certamente supporre che alcune valenze distruttive emergano solo nel tempo, ma rimane comunque l'interrogativo del perché non le riconosciamo fin da subito; mentre, viceversa, abbiamo bambini molto difficili o conflittuali, che poi mutano il loro carattere secondo modalità non semplicemente accettabili, ma socialmente fruttuose. E nell'arte abbiamo le evidenze più clamorose di come caratteristiche psicologiche potenzialmente distruttive o autodistruttive possono venire indirizzate a forme creative. È più facile perciò supporre che il bambino disponga fin dall'inizio di potenzialità relazionali essenzialmente positive verso l'oggetto, ma che la stessa entità delle forze dinamiche psichiche che assai presto cominciano a venire regolate dall'ambiente familiare determinino sia una buona integrazione-maturazione sia, all'opposto, gli sviluppi patogeni.

Queste osservazioni perciò sottintendono che, se vogliamo comprendere fino in fondo come l'ambiente familiare influisca sullo sviluppo, è opportuno che ci interroghiamo ancora a fondo sull'entità degli eventi potenzialmente trasformativi indotti con grande intensità dall'ambiente familiare fin dalle prime fasi dell'attaccamento.

Proverò ora, comunque, a spiegare anche gli aspetti più clamorosi della distruttività umana, pur senza disgiungerli troppo da quelli più semplici che ho provato qui a descrivere. L'idea che ora esporrò è che le forme estreme della distruttività (il sadismo, l'omicidio, il genocidio), così terribili da farci dubitare della nostra stessa umanità, abbiano ancora radici comuni in quelle assai più lievi che più comunemente incontriamo nel nostro lavoro clinico. Ciò che le accomuna – questo è il nucleo concettuale che propongo – è la potente, rischiosa pericolosità del processo introiettivo che garantisce l'identità stessa dell'essere umano.

Riflettiamo innanzitutto al fatto che, secondo Lorenz (1963) e Fromm (1973), la nostra maggior distruttività, quella diretta a uccidere un proprio simile, è una aggressività *intraspecifica*, cioè rivolta a un appartenente alla propria stessa specie, mentre l'aggressività del mondo animale è tipicamente *interspecifica*, cioè diretta verso membri di specie diverse. È dunque questa aggressività intraspecifica che, se viene spiegata a partire da quella interspecifica, permette di comprendere la diversa natura della distruttività umana.

La spiegazione, a mio parere, risiede nella raffinatezza con cui, fin da subito, un essere umano apprende ad attribuire proiettivamente significati fortemente identificatori alle caratteri-

stiche percettive-rappresentazionali e mentali dei propri simili. Ciò caratterizza non semplicemente l'illusione identificatoria che, ad esempio, in ogni famiglia accoglie la nascita di un nuovo bambino (come assomiglia al papà! come è uguale alla mamma!), sancendone l'appartenenza familiare, il cui stigma rimproverante, invece, ne definisce la non-appartenenza (ma a chi somiglia?! da chi ha preso?!). Per valutare bene questo processo nell'ambito familiare o in quello di un gruppo (che in questo caso stabilisce elementi di comportamento o mentali che ne garantiscono la riconoscibilità) bisogna tenere conto dell'enorme lavoro psichico del bambino per accettare i vincoli costitutivi della propria appartenenza identitaria. Tale lavoro ha come guadagno non solo il consenso affettivo familiare che fonda la sicurezza dell'attaccamento, ma la capacità stessa di orientarsi con competenza rispetto alla riconoscibilità degli eventi identificatori che regolano l'ambiente circostante. Da questo punto di vista il processo identificatorio che comincia a radicarsi nelle relazioni simbiotiche-fusionali stabilisce dei patti impliciti sulla sicurezza sia del singolo, sia del gruppo familiare e poi di ogni gruppo: l'individuazione è consentita, ma solo all'interno di alcune regole che definiscono quali sono gli effettivi margini di differenziazione. Ciò caratterizza lo sviluppo che abbiamo dato alla nostra società e al nostro stesso concetto di democrazia, di cui la legislazione mette a fuoco, volta a volta, quali sono le norme principali (insieme a quelle correttive) che permettono di ritenersi ancorati stabilmente a un sistema di leggi e, più in profondità, al sistema delle norme affettive e di comportamento che confermano una reciproca sicurezza.

Forse può sembrare eccessivo che io ribadisca, proprio partendo dalle precedenti osservazioni cliniche, quanto sia potente il sistema costrittivo delle regole che vengono indotte precocemente. Ma questa loro forza dipende dal fatto che queste stesse regole non vengono a tradursi semplicemente in un sistema di relazioni utili all'interazione con l'ambiente, ma in un sistema molto più complesso di ancoramenti rappresentazionali ed emotivi cui queste relazioni devono necessariamente soddisfare. Quando ad esempio affermiamo che le relazioni fusionali-simbiotiche del paziente si depositano nel setting (Bleger, 1967), di cui però ci accorgiamo solo quando anche minimi mutamenti del setting si riflettono in quelli del paziente, riconosciamo quanto una identità psichica può essere strettamente ancorata a quella rappresentazionale. Se estendiamo questo concetto a eventi mentali più complessi, appare evidente che l'identità va incontro a drastiche difficoltà se un contesto rappresentazionale e di norme relazionale muta radicalmente, concezione adottata da Zimbardo (2007) nella sua teoria della deindividuazione.

Dove pertanto le costruzioni identificatorie sono rigidamente fissate in schemi o abiti mentali, decade all'atto pratico una nuova possibilità identificatoria. I gruppi sociali per questo motivo convivono reciprocamente a fatica, e soltanto le funzioni comunicative di linguaggi socialmente duttili rendono possibile una interazione tra gruppi. Quando si accentua la difficoltà di comunicazione, il mancato riconoscimento passa però nel disconoscimento, che corrisponde, più letteralmente, all'impossibilità di disancorarsi dalle fissità rappresentazionali dei propri processi mentali per poter entrare in contatto identificatorio con quelli altrui. Ciò produce l'ordinaria disidentificazione facilmente disponibile in tutti i gruppi sociali e, ancor più, nei gruppi segnati da ben più evidenti diversità, sia psichiche o comportamentali, sia più strettamente percettive-fisiche. Quando la diversità, infine, può venir categorizzata e stigmatizzata come *ufficialmente* diversa, la disponibilità identificatoria, che rende gli esseri umani reciprocamente simili, decade drasticamente. A quel punto gli esseri umani non si percepiscono più uguali, ma diversi, con una particolare evidenza derivante dalla difficoltà stessa del processo identificatorio dei processi primari. Questo è segnato, in profondità, dalla fatica-intolleranza alle forme costrittive

che hanno imposto una volta i vincoli identificatori: soprattutto se questi sottintendono che ampliare il proprio potenziale identificatorio comporti la propria disidentificazione, e quindi la proibizione a uscire dall'ancoramento forzato a questi vincoli.

Qui cogliamo la fragilità umana e la difesa aggressiva che produce rapidamente e automaticamente l'attacco distruttivo: l'altro non è uguale a noi, non è cioè "umano" secondo il percorso che *noi* abbiamo seguito con tanta fatica, ed è tanto meno "umano" quanto più l'altro sottintende di esserlo più e meglio di noi, volendoci ingannare sulla sua presunta umanità e quindi sulla nostra. Quando si avverte il processo diseidentificatorio, noi perciò tendiamo a rinforzare quello identificatorio, attribuendo a noi le caratteristiche più specifiche dell'umanità. Ciò però ripartisce quanto intendiamo genericamente come "specie umana" in entità umane ora diverse, che non riconosciamo più appartenenti alla nostra stessa specie. In questa ripartizione della specie umana in specie diverse veniamo molto facilitati da diversità rappresentazionali, e appunto ciò caratterizza la facile differenziazione della specie umana in razze di differente colore e linguaggio. Ma il problema più complesso, ovviamente, è quello "mentale", che non ha semplici evidenze nelle diversità percettibili delle figure umane. Risulta altrettanto evidente, però, che chiunque sia "diverso mentalmente" non appartiene più, potenzialmente, alla nostra concezione *privata* di cosa sia una identità umana, quella che si forma purtroppo in un ambiente di apprendimento-attaccamento particolare, e vi rimane drammaticamente vincolata.

Dal punto di vista della enorme vastità dei campi rappresentazionali di tipo concettuale-emotivo della nostra specie, noi perciò ci comportiamo assai facilmente come sottospecie della stessa specie, e ciò psicologicamente ci rende assai simili agli animali, i quali attaccano animali di specie differenti. La distruttività umana intraspecifica diviene allora assimilabile a un derivato della aggressività interspecifica animale: nella progressione evolutiva, ereditiamo questa aggressività interspecifica, ma la trasformiamo in intraspecifica. Questa amara conclusione non dovrebbe suonare stupefacente, se conveniamo che questa particolare aggressività della nostra specie viene da noi giustificata proprio dall'accuratezza degli assunti ideologici che permettono di distinguere e stigmatizzarne la diversità altrui e giustificare il significato positivo, morale-etico, difensivo che noi diamo a questa particolare aggressività, senza riconoscerne la valenza distruttiva che vi si accompagna. Ove una diversità diventa dogmaticamente ben precisata, è purtroppo facile riconoscere che non caratterizza più una legittima appartenenza umana simile alla nostra: la storia è troppo piena di autolegittimazioni aggressive-distruttive verso gruppi sociali ritenuti differenti perché io debba sottolineare troppo questo aspetto.

Se si accetta che l'impossibilità a modificare radicalmente la fissità di determinate identificazioni comporti inevitabilmente un ampio registro di trasformazioni difensive, la complessità delle strutture fusionali che entrano a far parte dell'attaccamento primario spiega i nascosti processi che possono poi venire convogliati nelle forme più palesi di distruttività. Il problema consiste, nel bambino, essenzialmente nell'attacco che egli percepisce facilmente al proprio nucleo identitario. Questo si forma sempre con fatica da un equilibrio all'origine molto instabile dei processi introiettivi che rimodellano nell'ambiente familiare la struttura originariamente libera del Sé (quella che Freud attribuiva alla forza intrinseca delle pulsioni). Il bambino accetta questo rimodellamento per il vantaggio autoregolatorio che ne deriva, nel senso che gli permette dall'interno un controllo utile della propria organizzazione pulsionale: ma avverte benissimo che questa utilità è *anche* in funzione dell'ambiente familiare, se non *soprattutto* di questo. L'organizzazione che rende stabile questo sistema include perciò molti processi identificatori che hanno

un prezzo psicologico elevato, e il principale di questi è lo sforzo identificatorio, che garantisce l'appartenenza al sistema sociale di riferimento solo sotto un consistente adeguamento a norme non propriamente naturali. Se questo equilibrio non si forma attraverso una modulazione di processi introiettivi che sottintendano forme suppletive di sicurezza nei momenti in cui processo identificatorio diventa nuovamente instabile, cessa quella funzione sociale dell'individuazione che guida al riconoscimento dell'altro come simile a se stesso.

Consideriamo il caso tipico del maschio lasciato dalla propria compagna, e perciò la uccide. Per quanto la descrizione che sto per fare possa suonare astratta, però non risulta tale se consideriamo il suo nucleo identificatorio, evidentemente formatosi nella condivisione solo apparente della reciprocità di coppia. Se il nucleo di quella identità rimane stabile solo nel convincimento d'una asimmetria che ha lui come vertice, il suo rovesciamento rompe il presupposto della sua sicurezza identificatoria. La conseguenza immediata di questa disidentificazione è l'attacco esterno avvertito sul nucleo identitario, e ciò determina che l'altro venga visto non più appartenente alla propria stessa specie: ciò perché il concetto di identità è una costruzione che sottintende una partecipazione sociale condivisa, pena la colpa di non potervi più appartenere, o propria o dell'altro. In questo livello molto primario la distruttività ha pertanto una tragica funzione di garanzia di una identità appartenente ancora alla società umana, ciò che per noi suona talmente estraneo alla nostra concezione di umanità che non possiamo comprenderlo; quest'ipotesi caratterizza appunto le tesi di Fornari (1966) sulla esportazione paranoica del lutto nella guerra. Ma proprio ciò garantisce, invece, tutte le forme di fanatismo che oggi imperversano, il cui assunto è la natura valoriale, per questo socializzante, dell'attacco distruttivo a un gruppo sociale che ha valori ritenuti profondamente diversi, e quindi antiumani. Giustamente noi interpretiamo il fanatismo come una derivazione potentemente psicotica e proiettiva del proprio senso di annullamento ma, nel tipo di dinamiche qui descritte, esso sottintende una struttura organizzatasi in senso potentemente fusionale rispetto a qualche relazione di identità, la quale quindi richiede una garanzia altrettanto assoluta per rimanere stabile, pena la perdita di una sicurezza minima della propria identità.

Ciò che appare tragico è la natura della vita che viene piegata alla morte, e il fatto che la morte si radichi, pericolosamente e ciecamente, nello stesso concetto di individuazione, che dovrebbe aprire invece alla vita. In un certo senso questa concezione può apparire più radicale di quella di Freud, che ha posto nell'istinto di morte, ma in antitesi a quello di vita, la natura della distruttività. Ma è il radicarsi della propria identità in primarie strutture fusionali che a mio parere spiega la difficoltà di uno sviluppo identitario libero e disposto ad accettare identità diverse. Il problema che emerge è la grande responsabilità che abbiamo verso lo sviluppo primario e quindi la necessità di conoscere in dettaglio la complicata dinamica che ne attua le trasformazioni a partire da un principio davvero semplice. Noi vorremmo essere amati, ma dobbiamo imparare anche ad amare, e la disposizione ad amare del bambino non è sufficiente: non perché egli viene da un narcisismo primario che solo attraverso complicati lutti diviene secondario, ma perché la sua dotazione ad amare va incontro all'immediata complicazione relazionale imposta dall'oggetto. Questo ama infatti soltanto ad alcune condizioni, di cui non rivela necessariamente la natura, né di cui quindi insegna a padroneggiare la complessità: per lo più il bambino deve quindi arrangiarsi, inventando delle soluzioni, e lo stesso fa l'ambiente circostante, non sempre interessato a capire il bambino.

Certamente se l'ambiente circostante è sufficientemente paziente ed esperto insegna una regolazione sofisticata capace di produrre delle buone identificazioni di carattere fusionale: ed è la

loro forza affettiva-emotiva che di fatto rende così intenso l'amore, sia per gli oggetti umani reali, sia verso i loro pensieri, mentre altrimenti produce la violenza costrittiva dell'amore possessivo, e la natura delle ideologie. L'amore è però una medicina amara per gli esseri umani, perché spesso insegna che l'unica esperienza d'amore è la delusione. Qui distruttività e narcisismo diventano i terribili alleati della disponibilità ad amare del bambino se l'incontro con l'ambiente non lo aiuta a divenire duttile e a confinare questi alleati in possibili loro trasformazioni utili. Ciò ci rende più che mai attenti a quanto oggi questo campo trasformativo è drammaticamente carente, e a come il nostro lavoro clinico può diventare utile per indirizzarlo nelle vie capaci di rendere l'uomo libero.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978), *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale
- Anderson, *Violence and aggression*, in *Encyclopedia of psychology*, ed. A.E. Kazdin, 8° vol., Washington D.C. 2000, pp. 162-69.
- Bandura A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beebe, B. (1973), "Ontogeny of positive affect in the third and fourth month of the life of the infant" (tesi dottorale non pubblicata), Columbia University, Columbia.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (1994), "Representation and internalization in infancy: three principles of salience", *Psychoanalytic Psychology*, 11, pp. 127-165.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.
- Bleger J. (1967). *Simbiosi e ambiguità*. Loreto, Editrice Lauretana, 1987.
- Bollas C. (1987) *The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the Unthought Known*. – New York : Columbia University Press. – Tr. it.: "L'ombra dell'oggetto, psicoanalisi del conosciuto non pensato". Roma, Borla (1989).
- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press (2nd ed.: New York: Viking Penguin, 1984) (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1976 [I ed.], 1989 [II ed.]).
- Bowlby J. (1973). Collera, angoscia e attaccamento. In: *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press, 1973, ch. 17 (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1978, cap. 17; anche in: Bowlby, Searles & Socarides, 1956-73).
- Crittenden, P. M. (1985), "Maltreated infants: vulnerability and resilience", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, pp. 85-96.
- Dollard J., Miller N.E., Doob L.W., Mowrer N.E., Sears R.S. et al. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven, CT: Yale Univ. Press (trad. it.: *Frustrazione e aggressività*. Firenze: Giunti, 1967).
- Fairbairn W.R.D. (1954). *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books (trad. it.: *Studi psicoanalitici della personalità*. Torino: Boringhieri, 1992 [2ª ed.]).

- Fenichel O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of the Neurosis*. New York: W.W. Norton (trad. it.: *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Roma: Astrolabo, 1951).
- Fonagy P., Moran G.S. & Target M. (1993). Aggression and the psychological Self. *International Journal of Psychoanalysis*, 74: 471-485 (trad. it.: L'aggressività e il Sé. In *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina, 2001, cap. 8).
- Fornari, F (1966) Psicoanalisi della guerra, Feltrinelli, Milano.
- Freud S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. *Opere di Sigmund Freud*, 4: 443-546. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud S. (1915). Metapsicologia. Pulsioni e loro destini. *Opere di Sigmund Freud*, 8: 13-35. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud S. (1920). Al di là del principio di piacere. *Opere di Sigmund Freud*, 9: 189-249. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1922 [1923]). L'Io e l'Es. *Opere di Sigmund Freud*, 9: 471-520. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1924). Il problema economico del masochismo. *Opere di Sigmund Freud*, 10: 5-16. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1929 [1930]). *Il disagio della civiltà*. In *Opere di Sigmund Freud*, vol.10, Torino Boringhieri.
- Fromm E. (1973). *The Anatomy of Human Destructiveness*. New York: Holt, Rinehart & Winston (trad. it.: *Anatomia della distruttività umana*. Milano: Mondadori, 1975).
- Gaddini, E. (1969). "Sulla imitazione", in *Scritti (1953-1985)*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- Gaddini, E. (1972). Oltre l'istinto di morte. Problemi della ricerca psicoanalitica sull'aggressività, in "Rivista di Psicoanalisi", n. 18, 1972.
- Gergely, G. (2004), "The role of contingency detection in early affect-regulative interactions and in the development of different types of infant attachment", *Social Development*, 13, 3, pp. 469-478.
- Gergely, G., Watson, J. S. (1999), "Early socio-emotional development: Contingency perception and the social-biofeedback model", in P. Rochat (a cura di), *Early Social Cognition*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, nj, pp. 101-136.
- Gillespie W.H. (1971). Aggression and instinct theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 52: 155-160 (trad. it.: Aggressività e teoria degli istinti. *Rivista di psicoanalisi*, 1972, 18: 33-45).
- Giovacchini P.L. (1986): Schizophrenia. Structural and therapeutic consideration. In: Feinsilver D.B.: *Towards a Comprehensive Model of Schizophrenic Disorders*. The Analytic Press, Hillsdale, London.
- Giovacchini, 1979, *Treatment of primitive mental states*. Aronson, New York
- Green, A. (1996), "What kind of research for psychoanalysis?", *International Psychoanalysis: Newsletter of the International Psychoanalytical Association*, 5, pp. 10-14.
- Greenacre, Ph (1959) On focal symbiosis. In Jessner, L., Ravenstedt, E. (ed) *Dynamic Psychopathology in Childhood*, Grune & Stratton, New York.
- Gregg Th.R, A. Siegel, *Differential effects of NK1 receptors in the midbrain periaqueductal gray upon defensive rage and predatory attack in the cat*, «Brain research», 2003, 994, 1, pp. 55-66.
- Hartmann H. (1964). *Essays on Ego Psychology*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *Saggi sulla Psicologia dell'Io*. Torino: Boringhieri, 1976).
- Hartmann H., Kris E. & Lowenstein R. (1964). *Papers on Psychoanalytic Psychology*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *Scritti di psicologia psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Kernberg O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson (trad. it.: *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978).

- Kernberg O.F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson (trad. it.: *Teoria delle relazioni oggettuali e clinica psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1980).
- Kernberg O.F. (1984). *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale Univ. Press (trad. it.: *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
- Kernberg O.F. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven, CT: Yale Univ. Press (trad. it.: *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Milano: Cortina, 1993).
- Kernberg O.F. (2001). Object relations, affects, and drives: towards a new synthesis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 5: 604-619.
- Khan M.M.R (1974). *The privacy of the self*. Hogart press, London. Lo spazio privato del sé, Boringhieri, Torino, 1979.
- Klein, M. (1946). "Notes on some schizoid mechanisms", *Int. J. Psychoanal.*, 27, pp. 99-110. Tr. it. "Note su alcuni meccanismi schizoidi", in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978, pp. 409-434.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*, Tavistock Publication, London. Tr. it. *Invidia e gratitudine*, Martinelli, Firenze 1969.
- Klein, M. (1940). "Mourning and its relation to manic-depressive states", *Int. J. Psychoanal.*, 21, pp. 125-153. Tr. it. "Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi", in *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino 1978, pp. 326-354.
- Kohut H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976).
- Kohut H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27: 360-400 (trad.it.: *Pensieri sul narcisismo e sulla rabbia narcisistica*. In: Kohut H., *La ricerca del Sé*. Torino: Boringhieri, 1982, cap. 5, pp. 124-162).
- Kohut H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *La guarigione del Sé*. Torino: Boringhieri, 1980).
- Lacan, J. L'aggressività in psicoanalisi, in *Scritti*, Einaudi, 1974.
- Lachmann, F. (1998), "From narcissism to Self pathology to...?", *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 15, 1, pp. 5-27.
- Leslie, A. M. (1987). "Pretense and representation: the origins of 'theory of mind'", *Psychological Review*, 94, pp. 412-426.
- Leslie, A. M (1994). "Tomm, Toby, and Agency: Core architecture and domain specificity", in L. A. Hirschfeld, S. Gelman (a cura di). *Mapping the Mind: Domain Specificity in Cognition and Culture*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 119-148.
- Lichtenberg J.D. (1983). *Psychoanalysis and Infant Research*. Hillsdale, NJ: Analytic Press (trad. it.: *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*. Roma: Astrolabio, 1988).
- Lichtenberg J.D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press (trad. it.: *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano: Cortina, 1995).
- Lorenz K. (1963). *On Aggression.*, New York: Bantam Books (New York: Harcourt, Brace & World, 1966) (trad. it.: *Il cosiddetto male: per una storia naturale della aggressione*. Milano, Il Saggiatore, 1969).
- Lyons-Ruth, K (1998), "Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment", *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), pp. 282-289.
- Lyons-Ruth, K. (1999), "The two- person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization", *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Zoll, D., Stahl, J. (1987), "Infants at social risk: relationships among infant maltreatment maternal behavior and infant attachment behavior", *Developmental Psychology*, 23, pp. 223-232.

- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (1999), "La disorganizzazione dell'attaccamento", in J. Cassidy, P. R. Shaver (a cura di), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, The Guilford Press, New York. Tr. It. *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2002, pp. 591-630.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., Atwood, G. (2003), "Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI", *Attachment and Human Development*, 5, pp. 330-352.
- Mahler, M. S. (1968), *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation, Vol. 1: Infantile Psychosis*, International University Press, New York. Tr. it. *Le psicosi infantili*, Boringhieri, Torino 1972.
- Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1975), *The psychobiological birth of the human infant: symbiosis and individuation*, Basic Books, New York. Tr. it. *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino 1978.
- Main, M., Goldwyn, R. (1985-1995), *The Adult Attachment Interview Classification and Scoring System*, (manoscritto non pubblicato), Berkeley, Università di California.
- Main, M., Hesse, E. (1992), "Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociate dei genitori", in M. Ammaniti, Daniel N. Stern (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Editori Laterza, Roma, pp. 86-140.
- Main, M., Hesse, E. (1990), "Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?", in M. Greenberg, D. Cicchetti, M. Cummings (a cura di), *Attachment in the pre-school years*, Chicago University Press, Chicago, pp. 161-182.
- Mitchell S.A. (1993). Aggression and the endangered Self. *Psychoanal. Quarterly*, 62: 351-381.
- Mitchell, S. A. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*, Harvard University Press, Harvard, ma. Tr. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1993.
- Neri C., Pallier L., Petacchi G., Soavi G.C., Tagliacozzo R. (1990). *Fusionalità. Scritti di Psicoanalisi Clinica*, Roma: Borla.
- Rosenfeld H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 52: 169-178 (trad. it.: L'accostamento clinico alla teoria psicoanalitica degli istinti di vita e di morte: una ricerca sugli aspetti aggressivi del narcisismo. *Rivista di psicoanalisi*, 1972, 18: 46-67).
- Rosenfeld H. A., (1964), *On the psychopathology of narcissism*, Psychotic States, Maresfield Reprints, London.
- Sandler, J., Sandler, A. M., Davies, R. (2000), *Clinical and observational psychoanalytic research: Roots of a controversy. André Green and Daniel Stern*, Intern. Univ. Press, Inc., Madison, Connecticut.
- Silverman, R. C., Lieberman, A. F. (1999), "Negative maternal attributions, projective identification, and the intergenerational transmission of violent relational patterns", *Psychoanalytic Dialogues*, 2, pp. 161-186.
- Spitz R. A. (1965) *The First Year of Life*, International Universities Press, New York.
- Stern, D. (1971), "A micro-analysis of mother-infant interaction: behavior regulating social contact between a mother and her 3%-month-old twins", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1971, 5, 517-525. Tr. it. in D. N. Stern (a cura di), *Le interazioni madre-bambino: nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1998, pp. 1-18.
- Stern D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books (trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
- Stolorow R.D., Brandchaft B. & Atwood G.E. (1987). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Vallino D, Macciò M. (2004). *Essere neonati*. Roma: Borla.

Zimbardo Ph. G. (2007). *The Lucifer effect. Understanding how good people turn evil*, Random House, New York (trad. it. *L'effetto Lucifero. Cattivi si diventa?*, Raffaello Cortina, Milano 2008).