

ARMONIE e DISARMONIE della MENTE

Il pensiero di Antonello Correale
sulla psicosi e sugli stati limite

Donatella Lisciotto (a cura di) - Livia Maria Fallica
Valeria Mavilia - Marialuisa Sbezzi - Lorenzo Vinci



Dott.ssa Livia Maria Fallica

Psicologa e psicodiagnosta, allieva del terzo anno dell'IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

Lavora come libera professionista a Catania e come psicologa presso le Comunità Terapeutiche Assistite (CTA) “Villa Verde” di Catania (CT) e “Cappuccini” di Vizzini (CT).

Dott.ssa Valeria Mavilia

Psicologa, allieva del terzo anno dell'IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

Lavora come libera professionista a Messina e Spadafora (ME) e come psicologa presso l'ambulatorio di Tremestieri (ME) del Centro di riabilitazione A.I.A.S. (Sezione di San Filippo della Mela) con utenza in età evolutiva e adulta.

Dott.ssa Marialuisa Sbezzi

Psicologa, allieva del terzo anno dell'IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

Lavora come libera professionista a Ragusa e come psicologa ed educatrice presso la comunità per minori “Nostra Signora di Gulfi” di Chiaramonte (RG).

Dott. Lorenzo Vinci

Psicologo e psicodiagnosta, allievo del terzo anno dell'IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

Lavora come libero professionista a Siracusa presso lo studio privato *Òikos. Studio di Psicoanalisi*.

Impaginazione editoriale a cura di Roberto Metrangolo

In copertina...

Giallo, rosso e blu, olio su tela, 127×200 cm, (Vasilij Kandinskij, 1925). Attualmente esposto al Musée National d'Art Moderne di Parigi.

Il quadro esprime la mancanza di un significato univoco e la destrutturazione a più livelli delle forme, evocando al contempo una certa sensazione di spazialità aperta, ariosa ed armonica come una sinfonia.

L'incontro tra figure, segni e colore sottopone l'osservatore ad una continua ricerca di significati in un dialogo cromatico e geometrico infinito. Se i colori trascinano l'occhio in una fase di riposo, quasi di sogno, le figure geometriche aguzzano l'attenzione.

Abbiamo scelto questa immagine nel tentativo di rappresentare, attraverso l'arte, la condizione psicotica. La psicopatologia e le varie formazioni sintomatiche aprono uno squarcio sulla profondità e sulle potenzialità della mente, così come l'arte, ponendoci a contatto con aspetti infiniti e difficilmente circoscrivibili.

Pur nella destrutturazione e nell'indefinitezza dei sintomi psicotici, oltretutto al buio dell'angoscia e della sofferenza, ci possono essere risorse e potenzialità, vitalità e possibilità di adattamento alla realtà.

Così come anche noi normo-nevrotici, ci si può aprire alla possibilità di attingere al fecondo caos del mondo psicotico, il mondo dei nostri sogni, il mondo della creatività.

Valeria Mavilia

INDICE

Introduzione	p. 4
<i>Donatella Lisciotto</i>	
La “Iper-Realità” del soggetto psicotico	“ 6
<i>Marialuisa Sbezzi</i>	
La paura del <i>viaggio</i>	“ 10
<i>Livia Maria Fallica</i>	
L’Infinito e l’Indefinito nello psicotico	“ 19
<i>Valeria Mavilia</i>	
Dall’evento perturbante in poi	“ 28
<i>Marialuisa Sbezzi</i>	
L’uomo di Latta	
Disturbo borderline ed esperienze traumatiche	“ 37
<i>Lorenzo Vinci</i>	
Conclusioni	“ 48
<i>Racconti psicoanalitici. Perché la Psicosi</i>	
Bibliografia	“ 56

INTRODUZIONE

Donatella Lisciotta¹

Quando mi è stato assegnato l'insegnamento di "Psicopatologia e diagnostica: psicosi e borderline" per gli allievi del 3 anno dell'IDF di Catania, mi sono chiesta come fare in soli 12 incontri a spiegare in maniera soddisfacente una condizione della mente tra le più complesse, affascinanti e imprevedibili quale può essere quella psicotica.

La letteratura in proposito, si sa, è molto ampia, diversi sono gli autori che si sono occupati di psicosi, ma mi interessava soprattutto dare ai nostri incontri un'impronta non esclusivamente teorica, piuttosto ci tenevo che, nella comprensione della sindrome psicotica, gli allievi si avvantaggiassero della clinica e che i nostri incontri fossero, al contempo, un'esperienza formativa; cioè che parlando di psicosi si potesse "sentire" la psicosi.

Mi è subito venuto in mente Freud col caso del presidente Schreber e ho scelto Schreber come punto di partenza e di riferimento dei seminari, riconoscendo in questo caso clinico una magistrale descrizione della sindrome psicotica in un avvincente dialogo tra teoria e clinica psicoanalitica.

E ancora, mi piaceva piuttosto che "spiegare" la sofferenza psicotica, "raccontarla"; e qui ho fatto un'altra scelta mirata adottando come testo base, alcuni articoli di Antonello Correale (MO SPI- IPA) che ben descrivono il suo pensiero sul paziente psicotico e borderline.

L'ottica correaliana, deriva da una ricca esperienza e dallo studio consumatosi nei 30 anni di lavoro istituzionale che Correale ha svolto accanto a pazienti psicotici e border, all'esperienza clinica coi pazienti "privati", insomma al tempo, accorto e scrupoloso, trascorso assieme ai malati, che fa del pensiero dell'Autore una fonte chiara, attendibile e illuminante del processo psicotico.

Inoltre Correale quando scrive, *racconta!*

Ci siamo così concentrati su alcuni articoli da lui scritti tra i tanti ("*Può lo psicotico permettersi una relazione d'amore?*", 2017; "*Nelle produzioni psicotiche c'è molto di verità*", 2016; "*Stato limite e disturbo borderline: differenze e somiglianze. La difficile questione del nucleo psicotico*", 2012) e abbiamo ascoltato il

¹ ¹ Psicologa psicoanalista della *Società Psicoanalitica Italiana* (SPI) e Docente presso l'IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

suo racconto sulla psicosi.

Si è sviluppata dunque un'esperienza gruppale che, dal pensiero correaliano si allargava al commento degli allievi, si arricchiva delle loro libere associazioni sui pazienti psicotici da essi stessi conosciuti in Comunità, o delle esperienze a carico dei tratti psicotici dei partecipanti al gruppo (me compresa) realizzando uno scambio e un approfondimento che si è poi tradotto nella idea di realizzare una *redazione psicoanalitica* che raccogliesse tutto quanto si era detto (o sarebbe meglio dire *tutto quanto era accaduto*) durante i seminari.

Ancora una volta, come per il precedente lavoro sulla Baby Observation (*"I volti della Maternità"*, 2018), la scrittura ha raccolto le parole e i pensieri del gruppo e gli ha dato una forma, assumendo, in questo modo, un carattere esperienziale.

La *redazione psicoanalitica*, come ci piace definire tale operazione, diventa così uno strumento prezioso che con-tiene, descrive, racconta un lavoro che si è sviluppato collettivamente, poco alla volta e senza essere stato preventivamente organizzato (almeno coscientemente). È nato in itinere, forgiato momento dopo momento.

Rispetto alla stesura della consueta tesina finale, la *redazione* sembra rivelarsi come strumento connettivo, che metta insieme e collega tra di loro gli interventi degli allievi, le loro impressioni, le loro esperienze, le domande, i dubbi, definisce persino i loro entusiasmi, i sintomi e, nel farlo, pro- muove *conoscenza* e *consapevolezza*. Scrivere diventa allora un'operazione formativa, non meramente descrittiva o compilativa, e il lavorare in gruppo un confrontarsi operativo, laddove il "pezzo" di un singolo è conseguenziale a quello dell'altro.

La mia impressione a conclusione del ciclo dei seminari che mi sono stati assegnati è che, alla fine, ognuno ha imparato dall'altro e, in qualche misura, tutti hanno insegnato. La mia funzione è stata soprattutto quella di portare del materiale, illustrarlo, ma soprattutto dare spunti, portare esempi clinici, ricordare pensieri nascenti del gruppo, collegare i vari interventi degli allievi, passando il più agilmente possibile dalla teoria alla clinica nell'intento di realizzare una lezione che avesse un assetto esperienziale.

LA “IPER-REALTÀ” DEL SOGGETTO PSICOTICO

Marialuisa Sbezzi²

Cosa vuol dire veramente avere a che fare con una persona psicotica?

Si prospetta subito un mondo variegato, illimitato, dove, paradossalmente, proprio dentro i limiti della malattia, in realtà sono tanti i mondi possibili. Ci s’imbatte con delle realtà bizzarre, insolite, che a volte spaventavano ma tante altre affascinano, e penso che il fascino derivi dal fatto che sono sentite dallo psicotico con una tale intensità che sembra quanto mai reale. Abbiamo a che fare con la realtà del soggetto all’interno della quale tutto diventa “iper”, perfino il mondo esterno all’interno di tale dimensione diventa più reale del consueto; una condizione in cui gli oggetti, umani e non umani assumono un potenziale espressivo e di presenza superiore al normale.

Ci si chiede quindi, come si può accogliere questa dimensione di “realtà” accentuata senza colludere con i sintomi psicotici?

Il concetto chiave a tale interrogativo, secondo Correale è quello di “rigetto”, il quale prevede che la realtà psichica sia in un primo momento non proiettata, ma “messa fuori”; collocata in uno *spazio altro*, in un “nulla” che di fatto è un luogo indefinito al di fuori dalle reti di senso consuete.

Nel rigetto sono presenti almeno due fattori; il primo è il fattore allucinatorio, riguarda il fatto che l’oggetto non viene collocato in uno stato definibile, ciò paradossalmente gli conferisce un carattere iperdefinito, può essere tutto. Inoltre, nel rigetto la sintesi tra parola, cosa e affetti è perduta, ogni elemento della triade diventa *cosa*, iperpresente e ipersonora; lo psicotico infatti si sente circondato da fatti e non da pensieri. Quest’ultimo fenomeno ci aiuta a capire il passo ulteriore che potremmo definire lo *sfondamento nel metafisico*. Tutto quello che avviene nel mondo dello psicotico passa da una prima fase di mistero, a una seconda fase di universalizzazione, di logica trascendente e necessità imposte *dall’alto*. Se un oggetto psichico non è in un luogo, solo Dio o in genere una dimensione sacrale può offrire uno spazio di contenuto per l’incontenibile, invocato come contenitore ultimo di tutti i contenuti possibili, permette così una pausa.

² Psicologa, allieva del terzo anno dell’IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

È chiaro quindi che nello psicotico non subentra solo la proiezione, ma tanti meccanismi intervengono prima; noi potremmo dire che avviene una “*certa deformazione*”, attraverso la quale c’è una frattura della realtà, la quale verrà introiettata frammentata, in qualità di oggetto parziale, in quanto non vi è la possibilità di avere a che fare con l’interezza delle esperienze.

In particolare la *deformazione* riguarda i contenuti affettivi, la qualità degli affetti stessi assumerà lo stesso carattere di frammentazione, di scissione, dove l’amore si trasformerà in odio, proprio perché non vi è possibilità d’integrazione tra queste due qualità affettive, ed essendo l’odio ciò che viene proiettato all’esterno, questo verrà poi reintroiettato.

Volendo andare ancora più a fondo e immergerci ancora di più nella psicosi possiamo chiederci: Cosa c’è prima ancora del rigetto?

Vediamo che ciò che il paziente rigetta è ciò che prima viene disinvestito.

A differenza del nevrotico, che ciò che nega o limita è il desiderio dell’oggetto, dal quale viene terrorizzato, per il soggetto psicotico l’oggetto stesso non esiste, poiché viene sottratto dalla realtà svuotandola momentaneamente di senso. Infatti, ciò che è abolito dal pensiero ritorna in altra forma, questa sta alla base dell’organizzazione delirante all’interno della quale tutto diventa possibile, ogni cosa non ha limiti.

Mentre l’Io del nevrotico dice all’Es tu “non entri”, nel soggetto psicotico è tutto aperto, proprio per questo ogni cosa diventa possibile. Quindi il soggetto prima disinveste, ciò che viene disinvestito viene rigettato e il terrore che ne consegue viene organizzato in delirio che mette in ordine le proiezioni mentali disinvestite. Il delirio pertanto è fatto di elementi veri ma rifiutati.

Una cosa importante da sottolineare è che il rigetto non solo colloca fuori, ma anche frammenta l’unità dei vissuti e sottopone tutti i frammenti a destini diversi. La proiezione successiva e i tentativi di dare ordine a questa realtà psichica con costruzioni deliranti, sono concepibili come storia cifrata di qualcosa che è veramente avvenuto allo psicotico.

Ciò ha grande importanza anche nella terapia istituzionale; gli psicotici raccontano storie vere sulle loro famiglie, sull’infanzia e eventi del passato, spesso proprio nei loro deliri compaiono segreti inconfessabili di famiglia o traumi antichi. Sarebbe infatti drammatico che anche nel lavoro istituzionale nessuno credesse allo psicotico: una realtà cifrata non è per questo meno reale.

Proprio perché il delirio è fatto di elementi veri, così come Corrales suggerisce, è necessario destrutturarli parlandone in modo approfondito.

Bisogna accogliere questa realtà, scomporla nei suoi elementi costitutivi e ricontestualizzarla

sullo sfondo dei grandi temi della vita: odio, amore, sesso, il bello e il sublime; in tal modo risulta possibile costruire insieme al paziente un linguaggio capace di collegare le immagini iperdense da lui portate ai temi della vita su esposti e poi ai temi della vita del paziente.

Mi viene in mente la storia ripetuta da un paziente psicotico durante la mia esperienza di tirocinio presso la CTA Cafeo di Ragusa.

Lo trovavo in comunità non tante volte poiché per lui i TSO erano molto frequenti.

Nel primo pomeriggio, in sala da pranzo, era solito sedersi insieme a me, sempre attorno allo stesso tavolino in fondo alla grande stanza adiacente alla veranda. Solitamente a quell'ora quasi tutti riposavano, non c'era nessuno, tranne Salvatore che ripeteva la solita storia mentre io la scrivevo su un foglio. Dopo averla scritta la leggevamo insieme e poi entrambi mettevamo una firma. La storia veniva ripetuta tante e tante volte quasi come se leggessimo una favola per bambini, il tono della voce di Salvatore era costante e in alcuni tratti quasi cantilenante:

«Quando ero piccolo io e la mia famiglia vivevamo in una casa molto brutta, era buia, c'erano topi, scarafaggi, era tutta sporca e non c'era mai niente da mangiare. Il vicino di casa aveva le galline, anche dei cani, questo signore era cattivo, mi voleva picchiare e io scappavo; una volta mi ha chiuso dentro un cancello e io sono stato per tanto tempo senza mangiare. Lì vicino abitavano dei ragazzi, che facevano cose brutte, mia mamma mi diceva sempre di non andare, ma io non l'ho ascoltata e mi sono messo nei guai».

In questa breve nota clinica emerge l'importanza del racconto e della scrittura per questo paziente. Così come insegna Riccardo Lombardi, raccontare, poter dire qualcosa all'altro offre la possibilità di strutturarsi; non importa quanto ciò che viene detto sia vero o intenso, il racconto permette d'integrare la parte psicotica, la quale, non più come una scheggia scissa dal tutto, ha la possibilità di rinforzare la parte sana. Proprio per questo è fondamentale accogliere ciò che il paziente dice, senza placare l'intensità o l'inverosimile delle cose. Ciò che invece si dovrebbe arginare sono i nostri aspetti attraverso la capacità negativa di cui parla Bion. Com'è noto essa viene utilizzata dal terapeuta affinché possa entrare in contatto con la verità emotiva del paziente in un'attesa priva di aspettative, ricettiva ai diversi livelli di comunicazione, verbale e non verbale, consci e inconsci, sia del paziente che personali. Questo implica la capacità da parte dell'analista di sopportare di non avere risposte immediate da dare, né soluzioni.

È così che ci consentiamo di essere un po' bizzarri, così da accogliere la realtà "iper" del paziente psicotico, riuscendo a comprendere questo modo altro di sentire.

La cosa che mi colpisce ripensando al racconto del mio paziente è che ascoltandolo venivo incantata dalla sua storia. Mi venivano in mente tutte le immagini dei luoghi e delle scene de-

scritte da lui; quella storia era quanto mai reale.

Adesso sono tante le domande che mi vengono in mente, che non ho fatto allora sia per la mia poca esperienza che per il poco tempo a disposizione: Come mai il contadino lo ha chiuso dentro il cancello? Cosa facevano di brutto i ragazzi? E i topi? Come entravano in casa?

Il punto verso il quale tendere è quello di individuare l'elemento di rottura, il trauma che ripetutamente si presenta nella loro vita e che li divide dall'oggetto protettivo. Nello specifico ciò significa cogliere come il trauma inneschi per ognuno di loro il meccanismo del rigetto e poi della proiezione. Se è possibile intervenire prima che il rigetto diventi proiezione, i giochi sono sicuramente più aperti; inoltre, identificare le modalità del verificarsi della rottura, la quale innesca il rigetto è fondamentale anche per il lavoro istituzionale, perché permette di intervenire con maggiore lucidità su meccanismi familiari e contestuali, prevenendo così le ricadute.

LA PAURA DEL VIAGGIO

Livia Maria Fallica³

Rifacendomi al pensiero di Antonello Correale tenterò una sintesi del suo articolo dal titolo “*Lo psicotico si può permettere una relazione d’amore?*” (2017).

Ciò che Correale tenta di fare in questo articolo è far comprendere come viene vissuta una relazione d’amore, (o soltanto una relazione con l’altro), da un soggetto psicotico o con forti tratti psicotici.

L’articolo inizia con la definizione di “amore” secondo Reale (1997) che lo paragona ad un’apertura alla bellezza del mondo, la ricerca di una casa, un luogo sicuro nel quale rifugiarsi, un potenziamento delle proprie risorse umane grazie all’incontro con un altro capace di farle fiorire, un ritorno al rapporto primario.

Dall’altro lato, tuttavia, l’amore potrebbe essere sentito come una pericolosa sottomissione ad un grande potere che si conferisce all’altra persona.

Il sentimento di pericolosità potrebbe infatti nascere dalla consapevolezza di mettere nelle mani dell’altro la propria felicità e il proprio desiderio.

Ma quella persona sarà all’altezza di questo compito?

Secondo Kristeva (1983), l’amore viene vissuto come un pericolo poiché è sempre minacciato da una possibile incostanza dell’oggetto d’amore e quindi con il rischio spaventoso della perdita che inevitabilmente richiama il rapporto primario materno, quindi la paura della perdita della madre; oppure come una regressione passiva, una sottomissione di un dominio di un altro su di noi.

Forse è proprio questo il più grande pericolo dell’amore: perdere il proprio limite, la propria individualità, far combaciare il proprio desiderio con quello dell’altro.

Ma questo desiderio è il mio o il tuo? Perché è così difficile desiderare?

È difficile accettare l’idea di avere dei desideri? Ci si sente in colpa se si desidera?

Si oscilla dal versante nevrotico, con la difficoltà nel desiderare, al versante psicotico, con l’impossibilità a desiderare fino all’annullamento del proprio desiderio.

³ Psicologa, allieva del terzo anno dell’IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

La proposizione diventa allora: Io non desidero, io non esisto.

O forse la paura legata al desiderio sta nel fatto che già la sola idea di desiderare porta con sé una forza distruttiva.

Questo si è ben evidenziato in uno dei casi clinici discussi in gruppo durante i seminari.

Una paziente temeva la morte del padre che dichiarava di amare troppo, riteneva che il solo pensare alla morte del padre l'avrebbe resa reale.

Ma cosa si nascondeva dietro questo pensiero? La paura della morte o al contrario il suo desiderio? Come se il paradigma di base, onnipotente e, al contempo, persecutorio, fosse: *se desidero posso distruggere* oppure, *il mio desiderio è in grado di distruggere ciò che è oggetto del desiderio*.

Green (1983) si chiede se per il soggetto psicotico, le relazioni d'amore costituiscono una salvezza o un terrore, in che modo il desiderio intenso di vivere un'esperienza d'amore può convivere con l'angoscia di perdersi in questa esperienza come ci si perderebbe in un mare.

Dall'esperienza clinica sembra che il soggetto psicotico, più che a relazioni d'amore, ricorra a relazioni molto potenti, ma tendenzialmente statiche, come se chiedesse all'*altro* di diventare un contenitore (in termini bioniani) delle sue parti, o meglio, dei suoi frammenti di esperienze.

E nello stesso tempo, se da un lato l'*altro* diventa luogo salvifico e contenitore del Sé, dall'altro è un luogo nel quale perdersi e restare incastrato.

Tutto ciò richiama alla mia mente quanto Meltzer (1996) scrisse a proposito dei fenomeni claustrofobici e del *Clastrum* come "luogo" presente nella mente della madre e nel quale il soggetto teme di perdersi e/o rimanere incastrato.

Secondo Corrales, l'organizzazione psicotica appare costituita essenzialmente da tre grandi nuclei: il corpo, la sensorialità, l'invasione dell'altro sul soggetto.

Dalla sincronia di questi tre nuclei si ha quella che Laing (1955) definì "*insicurezza ontologica*", ovvero una difficoltà di contenimento che sta alla base di questo funzionamento mentale.

Analizziamo i singoli punti del pensiero corralesiano.

IL CORPO

La percezione che ogni psicotico ha del proprio corpo è sempre quella di qualcosa di danneggiato, confuso, non strutturato, *troppo* molle, *troppo* duro. Comunque qualcosa di non biologico, meccanico, privo di vita (Resnik, 1972). Potremmo quindi dire, parafrasando le parole dello stesso Freud, *un'angoscia ipocondriaca*.

Un corpo che non ha mai trovato un *soffio pervasivo di vitalità*, ma che è rimasto un insieme di *pezzi sprovvisti di vita* (Cfr. Correale, 2017).

Ciò si connette al tema della castrazione, ma non in senso nevrotico, quanto una castrazione in senso lacaniano, cioè molto più drammatica poiché non rappresenta esclusivamente l'interdizione di un desiderio, piuttosto porta con sé la convinzione di avere un corpo lesionato, tarato fin dall'inizio da una mancanza, irreparabile (Lacan, 2010).

L'esperienza di frammentazione acquista in tal senso un significato difensivo, il pensiero si frammenta per difendersi da vissuti impensabili.

Va tenuta presente l'eccessiva attenzione che alcuni soggetti psicotici riversano sul proprio corpo, a volte questa viene scambiata per manifestazione ipocondriaca, in realtà si ha a che fare con una psicosi compensata proprio perché il soggetto è ricorso a delle modalità ossessive di comportamento per compensare le angosce ipocondriache, le angosce legate alla mancanza sentita proprio sul corpo.

Ciò richiama alla mia mente il caso di Marta, una paziente che seguo ormai da diversi anni presso il reparto di psicologia dell'ospedale San Luigi di Catania.

Marta si presentò a me come un automa, l'impressione che mi dava era quella di una bambola, come se essa fosse solo fisicità senza "sostanza". Marta infatti mi raccontò che ricorse a diversi interventi chirurgici per apparire "più bella". Solo dopo mi accorsi che, dietro tutto questo, si nascondeva un mondo interno impensabile che combaciava nella sua mente con un esterno-corpo che la paziente aveva imparato ad attenzionare in maniera scrupolosa, nella sua mente forse ad ogni operazione fisica corrispondeva "un'operazione interiore".

Inizialmente il corpo era l'unica via di salvezza, poiché rappresentava sia il "dentro" che il "fuori".

LA SENSORIALITÀ

Correale associa alla sensorialità il termine "*allucinatorio*" che racchiude una serie di esperienze alle quali è esposto il soggetto psicotico. Questa particolare modalità egli tende a viverla nei suoi rapporti con gli oggetti, sia animati che non.

Bisogna innanzitutto fare un'importante distinzione tra ciò che si intende in psichiatria tra allucinazione e allucinatorio.

L' "allucinazione", è una percezione sensoriale cui non corrisponde un oggetto reale posto fuori dal soggetto; mentre per "allucinatorio" si intende una percezione di un oggetto reale

che esiste davvero fuori dal soggetto, ma che assume delle caratteristiche che lo rendono *iperluminoso, iperintenso, iperconcreto* (Cfr. Correale, 2017).

È come se un dettaglio di un oggetto, una sua caratteristica (la luminosità di un sorriso, il colore di un vestito o i baffi di un gatto), si staccasse dall'oggetto e si rendesse indipendente.

L'oggetto quindi non viene visto secondo la consueta modalità figura-sfondo. La figura, piuttosto che *stagliarsi* dallo sfondo, sembra *staccarsi*, acquisendo, nella percezione dello psicotico, un carattere come di autonomia dallo sfondo stesso. Diremo che *non è più con lo sfondo*.

Questo fa vivere al soggetto un'esperienza drammatica e perturbante che solo in parte, e forse semplicisticamente, può essere compresa se dicessimo che l'oggetto risulta decontestualizzato o non contenuto dallo sfondo.

L'oggetto a questo punto non rientra nel normale campo percettivo, ma è come se si trovasse in un luogo e in un tempo *altri*. Come se l'oggetto non fosse più visto dal soggetto ma da uno sguardo neutro, e ancora, come se a vederlo non fosse più il soggetto stesso ma un'entità o troppo vicina o troppo lontana (Correale, 2014).

Svincolandosi dalle normali coordinate spazio-temporali ed inserendosi in un contesto *altro*, è come se l'oggetto (che in realtà è il particolare di un altro oggetto) acquistasse caratteristiche *magiche, sovranaturali, trascendenti o sacre*. (*Ibidem*).

Possiamo solo adesso, immergendoci in questa esperienza quasi sensoriale, comprendere per pochi istanti cosa prova il soggetto psicotico, lì dove la sua realtà non è conforme alla realtà degli altri, lì dove si perdono le consuete *trame di collegamento*.

Si può capire il terrore, lo sberdimento che assale il soggetto psicotico, la molteplicità di *esperienze perturbanti* (Freud, 1919) con le quali si scontra.

Il suo mondo non è mai familiare, lo *sberdimento* è sempre dietro l'angolo, la sua *casa* può essere *invasa da fantasmi*.

Ci siamo chiesti il perché di certi fenomeni allucinatori e da che cosa sono provocati.

Tra le tante risposte abbiamo pensato che essi potrebbero avere a che fare con la paura della perdita e con l'angoscia di accettare il proprio desiderio (come esposto all'inizio dell'elaborato).

Sembra che una delle condizioni di sviluppo psicotico sia legata al rapporto con una madre imprevedibile; la madre imprevedibile non ha fornito al soggetto l'esperienza di sicurezza.

Una madre che può trasformarsi e diventare da oggetto buono/familiare, oggetto cattivo/estraneo, infestando così la casa/soggetto.

Una madre che non accoglie né bonifica le esperienze del figlio dando a queste un senso di continuità, al contrario altera lo sfondo percettivo del soggetto.

Forse questa potrebbe essere una delle spiegazioni: uno sfondo che non accoglie e assembla gli elementi dell'oggetto, come la madre non accoglie e assembla le parti del figlio.

Le sue esperienze hanno avuto a che fare sempre con frammenti disorganizzati ed è così che percepisce il mondo esterno e gli oggetti. Questo sembra essere l'unico modo in cui riesce a mettersi in contatto con il mondo.

L'INVADENZA DELL'ALTRO

Il contatto con l'altro porta sempre con sé una fatica, un impegno, un rischio (da qui forse la sensazione di estrema stanchezza che accompagna e descrive il soggetto psicotico?...

Il contatto viene vissuto tanto estenuante perché nel rapporto con l'Altro c'è confronto (insopportabile), e questo implica l'accettazione della propria inconsistenza.

Correale descrivendo un suo caso clinico riporta le parole del paziente che ben rappresentano questa sensazione «... *l'altro è solido, dotato di un corpo funzionante... mentre io mi sento sempre traballante, inconsistente, nullificato*» (Cfr.).

Il rapporto con l'altro rimanda sempre nel soggetto psicotico la sensazione di essere evanescente.

Il soggetto psicotico si sente penetrato, invaso dall'Altro e dal suo sguardo.

A tal proposito mi viene in mente una frase che mi disse una paziente di una comunità nella quale lavoro:

«*Dottorressa mi fa una foto con il suo telefono?*»

«*Certo*» - risposi.

Dopo aver fatto la foto gliela mostrai e lei rispose:

«*Vengo diversa con il suo telefono, sono strana*». E io: «*A me sembri venuta molto bene, sei bella*».

Lei: «*Quindi è così che mi vede? Come mi vedo io nel suo telefono? Non cancelli questa foto così ogni tanto le chiedo di vederla*».

I miei occhi erano diventati il mio telefono, e il mio telefono i miei occhi. La paziente confermava la sua esistenza tramite il mio sguardo. Io la vedevo quindi lei esisteva, tra l'altro la vedevo bella ed era quella l'immagine che voleva che io conservassi. Lei, "bella", esisteva solo nel mio telefono e solo lì poteva ritrovarsi.

Il terapeuta dovrebbe fungere da scudo rispetto alla penetratività delle esperienze rela-

zionali. “Ti invoco come scudo, ma tu puoi diventare una lancia, una freccia o una spada”.

Il messaggio sotterraneo, la richiesta del soggetto potrebbe essere *«Ti prego stai lì, ho bisogno di te ma ho bisogno che tu stia fermo»*.

O ancora come scrive Correale, riportando le parole di suoi pazienti: *«[...] le sue parole sono come delle onde, da cui mi sento sommerso e quindi cerco di non sentirle o di pensare ad altro; [...] lei mi ha detto ci vediamo domani, ma io ho sentito la i di domani come se fosse un ago che mi penetra nella pelle e mi paralizza»*.

In questo senso, i ritardi in seduta o altri elementi che annoteremmo come acting del paziente, hanno proprio questo scopo, controllare la situazione per costruire una cornice di sicurezza.

Ma cosa potrebbe accadere se la seduta durasse di più? Verrebbe forse fuori ciò che invece deve rimanere dentro, nascosto?

O forse il soggetto vuole rendere possibile qualcosa che è impossibile, come controllare il tempo?

O forse si cerca di controllare la situazione per controllare anche l'Altro? L'Altro, in quanto inevitabilmente separato da me, può pormi dinnanzi alla sensazione di perdita o distacco.

Si potrebbe dire che lo psicotico può entrare in relazione con l'Altro solo frammentandolo. Non può cioè relazionarsi con l'“oggetto totale” ma con parti dell'oggetto, anche tante contemporaneamente ma sempre “pezzi”, non con l'oggetto percepito come intero. Questo affolla la mente dello psicotico creando una sorta di universalità caotica, indefinibile e priva di senso.

Citando Correale, è come se lo psicotico dicesse:

«Quando tu non ci sei, questi pezzi riempiono la non presenza di un altro tipo di presenza, violentemente sensoriale e persecutoria, che colma il vuoto con un troppo pieno visionario» (Cfr.); da ciò il corpo riempito da questi elementi estranei, come caduti dal cielo, viene sentito estraneo, impossessato da forze altre, non proprie.

Il delirio in tal senso acquista un significato difensivo, dà un senso ad un mondo percepito come non avente senso. Il soggetto può riconquistare fiducia perché la spiegazione trovata non appartiene al mondo ordinario ma ad un mondo parallelo dove sono presenti leggi “altre” (Rossi Monti, 2008).

Da questo si comprende l'importanza che per molti soggetti psicotici ha il mondo misti-

co, il mondo spirituale.

Ciò si nota nel Caso del Presidente Schreber (Freud, 1910-1911), caso eletto per accompagnare la spiegazione della psicosi durante i nostri seminari.

Nella sua fase acuta il delirio paranoico e allucinatorio di Daniel Paul Schreber era essenzialmente un delirio di persecuzione, basato sull'idea che egli dovesse essere evirato e trasformato in donna ad opera del professor Flechsig, suo medico curante.

In questa prima fase è ben evidente l'attacco al corpo di cui sopra si è discusso. Un corpo malformato che andava "modificato", castrato per l'appunto.

Successivamente questo delirio di persecuzione si trasformò in un delirio di redenzione, sicché la fantasia angosciante di evirazione lasciò il posto all'idea che da quel momento in avanti egli avesse un compito speciale, una missione divina da compiere. L'idea spaventosa di essere trasformato in donna, rientrava ora in una cornice rassicurante, in quanto apparteneva a leggi Altre, ad un progetto più grande, mistico, ovvero essere donna così da poter essere fecondato da raggi divini e dare alla luce nuovi uomini. Quindi diventare donna aveva lo scopo di diventare strumento grazie al quale Dio poteva compiere la sua missione sulla terra.

Il mistico diventa quindi un disegno entro il quale si inserisce il delirio, ma vedendolo come un progetto divino diventa accettabile.

Si nota in questo caso anche il fenomeno della trasformazione nel contrario, tipico del delirio laddove esso è deformazione di un desiderio, quasi sempre è infatti l'opposto del significato reale che sta dietro.

Infatti per Schreber era più accettabile pensare di odiare il medico piuttosto che di amarlo e quindi avere un desiderio omosessuale. Nel suo delirio il medico voleva evirarlo così da trasformarlo in donna e possederlo. In realtà, in questa concezione è nascosto il desiderio di essere posseduto dal medico che Schreber amava in quanto l'aveva guarito.

E ancora, questo amore rivolto al medico, era forse il risultato di uno spostamento dell'amore provato da Schreber verso il padre o un fratello? In questo senso il conflitto che Schreber intratteneva con la figura del medico prima, e con Dio dopo, altro non è che un rappresentante del conflitto infantile con il padre. Un padre castrante che blocca il desiderio autoerotico del figlio, in altre parole minaccia di trasformarlo in donna, proprio come Schreber attribuiva al medico.

Concludo con le parole dello stesso Freud, usate per spiegare il fenomeno sottostante la paranoia: *«L'osservazione non consente in proposito dubbio alcuno: il persecutore altri non è se non l'amato di*

un tempo» (Freud, 1910-1911).

Quanto detto mi fa venire in mente un paziente che si trova nella comunità in cui lavoro. La sua intera esistenza oscilla tra il dubbio sulla sua sessualità e il dubbio sulle sue origini. I pensieri non espressi, impensabili che frullano e affollano la sua mente forse potrebbero essere espressi così: *Chi sono io? Sono uomo o sono donna? Sono figlio di mio padre o figlio di Dio?*

Il paziente non riesce ad identificarsi perché di base non riesce ad accettare la sua omosessualità o forse con la sua omosessualità giustifica il presunto abuso che si pensa abbia avuto nei confronti della sorella? In questo caso il delirio omosessuale offre protezione giustificando la sua impossibilità a compiere violenza o coprire la verità e cioè la sua eterosessualità?

E chi è Dio per lui? Un ideale di padre che non ha mai avuto o una cornice entro la quale collocarsi e darsi valore?

La sua sensazione di irrealtà e non esistenza viene difesa dal delirio, lui è figlio di Dio venuto qui per salvare tutti noi dai nostri peccati, il suo ruolo è importante, lui agisce come tramite di Dio.

Ma da cosa nasce tutto questo?

De Masi (2006) parla di *“vulnerabilità psicotica”*, ovvero la tendenza quasi biologicamente predeterminata, a trasformare i dati percettivi in dati visionari e allucinatori.

Siamo portati a pensare che forse questa vulnerabilità trova le sue radici nel rapporto madre-bambino, dalla qualità di questo rapporto potrebbe avere origine il grado di vulnerabilità.

Soggetti che si confrontano con un oggetto contraddittorio, forse imprevedibile, potrebbero sviluppare tale vulnerabilità. La madre impone la sua realtà al bambino, ma la realtà della madre in taluni casi può non essere vera, talune volte può essere ambigua.

Badaracco (2004) a tal proposito fa riferimento all'identificazione del soggetto con *l'oggetto bizzarro, un oggetto che fa impazzire*.

Secondo l'autore esistono dei legami psicotizzanti che impediscono lo sviluppo delle risorse genuine. Il nucleo di queste trame è formato molte volte da una diade fissa. Come se la malattia mentale, la psicosi, originasse dalla presenza nociva di questo oggetto e dalla sua vicinanza con il soggetto che sottostà al suo “potere”. In tal senso è come se la psicosi fosse il prodotto di questa interazione malata, tra l'oggetto che fa impazzire e il soggetto che lo subisce.

Questi legami, che forse potremmo definire *“folie à deux”*, si mantengono nel tempo perché comunque garantiscono dei vantaggi (i vantaggi secondari della malattia, come li chiamerebbe Freud).

Tramite questo legame fusionale-malato-mortifero si evita di entrare in contatto con una serie di esperienze strazianti quali l'abbandono, la carenza di protezione, l'insicurezza e la vulnerabilità.

Ecco che si ritorna al punto di partenza. Il soggetto psicotico che ha sperimentato questo tipo di legame primario può riuscire ad avere relazioni d'amore che non tendano all'annullamento delle coordinate spazio-temporali e che non puntino all'annullamento della separazione me-non me?

Ritornando al concetto di "vulnerabilità psicotica" di De Masi, il soggetto psicotico, che presenta tale vulnerabilità, potrebbe reagire in un modo allucinatorio (l'unico che conosce) ogni volta che la madre/oggetto, o la figura di accoglimento o ancora la coppia edipica, acquisti un certo carattere enigmatico, contraddittorio, indefinito; o acquisti carattere di diversità e quindi paventi una certa separazione.

Per enigmatico si intende quell'elemento che irrompe nell'ordinarietà. Un gesto, una frase, uno sguardo che non rientra nelle caratteristiche familiari che ha avuto fino ad allora quell'oggetto.

Queste aree "enigmatiche" vengono vissute dal bambino come una frattura dell'esperienza della continuità del Sé.

Borgna (1995) descrive questo insieme di sensazioni con il termine *Sperdimento*.

Si connette a questo il Perturbante di cui parlava Freud, l'irruzione dell'estraneità nel familiare, irriconoscibilità di qualcosa che pure dovrebbe essere conosciuto.

Ancora una volta, l'esperienza psicotica o psicotizzante è sopraffatta dalla mancanza della giusta distanza tra il soggetto e l'oggetto che viene avvertito come troppo vicino o come troppo lontano.

A questo punto si potrebbe concettualizzare che la figura sentita come enigmatica genera un senso di vuoto e di estraneità, questo caratterizza lo sperdimento, sicché il senso di vuoto che ne deriva viene riempito con la visionarietà allucinatoria, che appare l'unica via possibile per resistere al terrore angosciante di un mondo vissuto come non familiare.

Ma l'assenza che genera visioni non riempie il vuoto, al contrario apre uno spazio altro, immenso, soprannaturale.

L'INFINITO E L'INDEFINITO NELLO PSICOTICO

Valeria Mavilia⁴

Un vuoto troppo pieno

In continuità al contributo di Livia Fallica, possiamo adesso descrivere i processi alla base del delirio e delle allucinazioni dello psicotico, che rappresentano l'unica via possibile per resistere al terrore angosciante di un mondo non familiare.

L'assenza e il vuoto, sperimentati al posto della relazione con l'Altro o del pensiero, nel soggetto psicotico generano visioni. Così il vuoto non viene riempito ma, al contrario, apre uno spazio *altro*, immenso, soprannaturale. Il soggetto psicotico non rigetta i dati sensoriali provenienti dall'oggetto, al contrario li esalta come tentativo di riappropriarsene.

Esaltandoli li colloca su un terreno *altro*, in una terra di nessuno.

Nel rapporto con l'*altro* il soggetto psicotico vive, infatti, esperienze di frattura, separazione, dubbio o pericolosità, di un'intensità tale da precipitare in una condizione di *sperdimento*.

Tale condizione viene riempita di aspetti iperpercettivi, ovvero particolari ipersensoriali dell'*altro*, del mondo o del proprio corpo sentiti come cose concrete, scollegate dall'oggetto da cui provengono ma in collegamento con l'universo, inteso come totalità immensa e illimitata (Cfr. Correale, 2017).

Lo *sperdimento* dello psicotico non è quello del nevrotico; piuttosto è caratterizzato dall'assenza di fine. Così il delirio rappresenta un tentativo di dare ordine, ad esempio inserendo tutto in una potente magia, in un complotto ordito da personaggi misteriosi o in un messaggio divino come nel caso del Presidente Schreber (Freud, 1911). Il delirio dà una parete a cui appoggiarsi.

Secondo il pensiero di Correale (2017) lo *sperdimento* è caratterizzato da due elementi fondamentali: il disorientamento e la misteriosità estranea.

Il **disorientamento** si configura come perdita dei punti di riferimento, delle coordinate spaziali, ovvero perdersi e non riconoscere più i luoghi, sperimentando un'immensità senza limiti. Questo è accompagnato dalla perdita della familiarità e del senso delle cose, dalla sensazione

⁴ Psicologa, allieva del terzo anno dell'IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

di non essere più adeso alla realtà.

L'estraneità misteriosa è data dalla rapidità con cui gli oggetti assumono un carattere iperreale tale da risultare irreali, eccessivo; tutto diventa troppo potente, estremo, dotato di un eccesso di significati, violento e intrusivo.

A causa del rigetto, il reale è divenuto “troppo cosa” e troppo poca parola (Cfr. Correale 2017).

La professoressa Lisciotta a tal proposito riferisce un'interazione osservata tra un ragazzo psicotico ed un signore. Per strada i due si incontrano, il giovane ascolta con degli auricolari della musica da un ipod. Dall'espressione e dalla postura appare però assorto in uno stato d'animo visibilmente sofferente, così il signore nel tentativo di aiutarlo gli si avvicina e gli chiede:

«*Che cos'hai?*» – riferendosi al suo aspetto evidentemente malato

«*Delle cuffiette e un ipod*» – risponde il ragazzo riferendosi solo all'aspetto concreto.

La difficoltà a decodificare implica l'esistenza di una confusione tra *l'essere* e *l'avere* o tra l'essere e il *fare*.

Livia Fallica riporta dalla sua esperienza lavorativa in una comunità di pazienti psichiatrici che il “come stai” per un suo paziente conduce all'elenco delle azioni compiute nella giornata da quando si è svegliato fino a quel momento. “Come stai?” in questo caso è inteso dalla persona psicotica *come stai nella tua giornata, cosa fai*.

Tuttavia penso come questa carenza di simbolismo non riguardi solo il funzionamento psicotico ma sia radicata, anche se con altra provenienza, ed estesa nella realtà sociale attuale, caratterizzata dal consumismo e dalla monetizzazione, come a dire “sei quello che fai, sei quello che produci, sei quello che possiedi”, svuotando le relazioni della dimensione dello scambio di significati e di affetti.

Il reale, inoltre, nello psicotico rimanda a qualcosa fuori di sé, a un mondo parallelo, da cui arrivano messaggi che il soggetto deve farsi carico di decifrare.

Nella cronicità, quando il paziente psicotico è fuori dalla fase acuta, emerge una misteriosità meno disperante, ma più presente nei termini di dubbiosità, perplessità, perdita dell'evidenza naturale. D'altronde nel rapporto tra lo psicotico e le figure genitoriali è presente una qualità enigmatica, un qualcosa di non chiaro, in una relazione in cui c'è un eccesso di labilità dei confini (Nicolò, 2002).

Lo spazio dello psicotico è immenso, ma tale immensità è di breve durata perché viene subito saturata dalla *visionarietà ipersensoriale* e dal delirio o, nella cronicità, da una certa inerzia contemplativa, dove è possibile convivere con gli oggetti lasciando loro un mistero sotterraneo (Cfr. Correale, 2017).

Un'esperienza comune che può far comprendere meglio il concetto di ipersensorialità è quando nel momento dell'addormentamento, durante la notte, ci si concentra su un rumore, come il gocciolare dell'acqua o su una luce che filtra dalla tapparella della finestra, laddove tale percepito assorbe fin troppo la nostra attenzione e diventa disturbante. In tal caso, e diversamente dalla condizione psicotica, possiamo individuare la presenza di un "pensiero insonne" che non si manifesta nei contenuti, ma che si *attacca*, si *ancora*, all'elemento sensoriale reale pur non essendosi ancora palesato alla coscienza, anzi proprio per questo.

Lorenzo Vinci pensa a tal proposito al ticchettio dell'orologio che in alcune sedute assume un carattere disturbante evidenziando dei silenzi che possono segnalare la presenza di qualcosa di *per-turbante* che si sta muovendo nel campo analitico. Anche il nostro stesso corpo in seduta può inviarci segnali a cui è bene fare attenzione, in quanto potrebbero riguardare elementi inconsci della relazione con quel paziente a cui man mano sarà forse possibile dare un significato. Una vertigine, una colica, un eccesso di sbadigli o di starnuti, un senso di soffocamento, un freddo intenso, sono rivelazioni a carico del corpo.

Spesso anche nei sintomi possiamo intravedere la presenza di un turbamento, di una tensione che sta cercando una strada. Ciò non può venir fuori in modo rapido ma necessita di tempo e gradualità. È una spia che dobbiamo però trattare con cautela e pazienza, alleandoci al corpo, il quale si fa spesso carico del sintomo e della sofferenza mentale. L'atteggiamento di attesa deriva da una certa fiducia nella flessibilità della mente, che è l'unico organo che può andare in tutte le direzioni.

Il funzionamento mentale si sposa infatti con ciò che è libero da strutture come l'arte ad esempio. Pertanto un allenamento all'apertura, all'espansione dei nostri vertici di pensiero è fondamentale per una comprensione dell'*altro* più completa e fruibile. Assumere una posizione mentale più autonoma e libera consente di accrescere la conoscenza e combattere il narcisismo, facilita la possibilità di porsi nell'ottica di "non sapere", assimilabile alla "*capacità negativa*" di Bion, ovvero sostare nel dubbio, nell'incertezza, in ciò che è insaturo in quanto ricco di più significati, che necessitano di tempo per svelarsi e che non sono mai del tutto posseduti.

La "*capacità negativa*" implica anche la consapevolezza che nella seduta ciò che è necessario

non è solo comprendere il paziente ma riuscire a non far entrare troppo in gioco aspetti nostri, sgomberando il campo da ciò che può disturbare il benessere dell'*altro*.

L'apertura alle possibilità apre ad un atteggiamento positivo, meno drammatico che può introdurre la speranza. Citando Correale: «*Il transfert è speranza*». Ciò ha particolare valore nei break down psicotici negli adolescenti e giovani adulti dove fondamentale è trasmettere ai genitori la possibilità di un adattamento alla realtà.

Il desiderio di eterno

Considerando la tendenza a sperimentare lo *sperdimento* e la *visionarietà*, l'unico mezzo per lo psicotico di affrontare la possibilità di una relazione d'amore o d'amicizia è quella di aspirare ad un rapporto amoroso senza tempo, senza possibili cambiamenti, con un carattere di forte immutabilità.

La percezione del tempo implica l'idea di un movimento, di andare da un punto all'altro, accettando cambiamenti di posizione.

Anche nella posizione depressiva concettualizzata da Melanie Klein c'è l'idea di accettare l'ambivalenza, ovvero una pulsione, un ritmo, un movimento altalenante tra rabbia e amore, tra aggressività e benevolenza, tra dolcezza e violenza. Tale movimento crea dolore; come nel lutto, implica il lasciare andare, riconoscendo che l'oggetto è perduto e che possiamo recuperarlo solo nella memoria o perpetuandone l'esempio.

Il soggetto psicotico sente invece la separazione dall'oggetto come una catastrofe invivibile, un vuoto agghiacciante. Solo ciò che è eterno dona sollievo e consolazione. L'eterno è il senza tempo, ciò che è immobile e immodificabile. Come l'universo prima del big bang, quando invece comincia l'espansione comincia il dolore e l'angoscia (Cfr. Correale, 2017).

Accanto all'aspirazione all'eterno è tuttavia presente anche una forte aspirazione al rapporto col mondo, un desiderio struggente di vita "normale". Quindi il desiderio è quello di *fare* relazioni d'amore dotate di un carattere di eternità.

Ciò può esprimersi attraverso possessività, dipendenza, gelosia, forme estreme di attaccamento, intolleranza ai distacchi e ai distanziamenti, veri o presunti, della persona amata.

Tale tipo di attaccamento fondato su un'aspirazione all'eternità trova il suo fondamento nella relazione materna.

La madre rappresenta il prototipo di ogni tipo di relazione successiva: da una parte lo psicotico può distaccarsi da sua madre solo se trova una figura che la sostituisca pienamente,

dall'altro non potrà mai veramente distaccarsi da lei pena il rischio di *sperdimento*.

Nell'amore e nell'amicizia è presente sempre un rischio, una possibilità di scarto tra le aspettative e le risposte. Inoltre un'aspirazione al "per sempre" c'è in tutti i rapporti d'amore e l'idea di sconfiggere il tempo è una delle grandi forze che spingono ad amare. Tuttavia nei soggetti non psicotici la perdita causa dolore ma non una catastrofe e può essere anche risolvibile.

Il soggetto psicotico vuole invece un'assicurazione totale, una garanzia assoluta in quanto non può tollerare la delusione, che aprirebbe per l'appunto la strada allo *sperdimento* e alla *visionarietà*.

Ciò aiuta a capire perché spesso gli psicotici amino restare in un'istituzione, in primo luogo la famiglia e poi, in secondo luogo, una comunità, una struttura, un luogo stabile di lavoro e di attività.

All'interno di una struttura molti psicotici svolgono attività anche di altissimo livello o possono produrre oggetti artistici, scientifici o di pensiero e sviluppare rapporti intensi e duraturi. Riescono a fare questo se in qualche modo o da qualche parte c'è qualcosa di eterno; la struttura rappresenta un luogo antisperdimento.

Tuttavia la società finisce per colludere con il desiderio di contenimento e d'immutabilità dello psicotico producendo però spesso realtà comunitarie e istituzionali in cui la fragilità viene separata da ciò che è esterno e definito "normale".

L'inserimento attivo nel sociale è infrequente e viene spesso ostacolato per motivazioni e interessi politico-economici. La fragilità deve invece trovare un contatto con una società che la includa al suo interno, riconoscendola.

Così l'amore ha due facce antagoniste. La prima è quella dell'eterno; l'oggetto è presente stabilmente e garantisce sicurezza, spesso a prezzo di una sostanziale immutabilità. Certe relazioni madre-figlio sono caratterizzate da abitudini, modalità ripetitive dove la madre perde il suo carattere di persona e diventa un cuscino su cui dormire, un odore, un profumo, una presenza calda e immobile (Bleger, 2010).

L'altra faccia è l'accettazione dell'amore come *viaggio* verso qualcosa; ma questo *viaggio*, pure tanto desiderato, si colora di angosce legate alla perdita dell'oggetto materno originario e alle incertezze del percorso e l'ipersensorialità compare come conseguenza di ogni frattura o incomprendimento.

Il soggetto psicotico desidera l'amore o l'amicizia ma teme il *viaggio* che queste esperienze comportano. Il *viaggio* è un movimento e il movimento è la matrice del tempo e il tempo è separa-

zione e perdita possibile (Cfr. Correale, 2017).

In generale ogni analisi per essere trasformativa deve garantire il *viaggio*, ovvero un allenamento all'eccitazione e alla perdita prima in se stessi, promuevendolo poi nel paziente.

Se amore significa distaccarsi da un oggetto materno originario per approdare ad un nuovo oggetto che dia garanzie pari a quelle che dava il rapporto originario, si comprende perché lo psicotico viva la possibilità di amare un nuovo oggetto che non sia la madre da un lato come un commovente desiderio ma dall'altro come uno spaventoso pericolo (Kristeva, 1987).

Correale (2017) suggerisce come nella terapia possa essere necessario far assumere al soggetto psicotico qualcosa che riguardi la sua memoria, ovvero la memoria di qualcosa che lo accompagni nel *viaggio*. Interpretare nel lavoro con gli psicotici significa allargare il campo di osservazione, concentrarsi sull'angoscia e la separazione affinché venga riempita di esperienze vissute e non di visioni. È necessario, inoltre, concentrarsi sui dati ipersensoriali, aprirli, dilatarli, osservarli insieme al paziente in modo che l'*oggetto visionario*, arricchito di più particolari e studiato da più angolazioni, perda il suo carattere apocalittico e acquisti sempre più un carattere di appartenenza ad un mondo umano.

Riflettiamo anche su quanto forse possa essere importante coltivare “la parte bizzarra”, contattandola e integrandola nel soggetto, lasciandogli cioè lo spazio e la libertà di esprimersi nel proprio essere e nella realtà.

Il divino umanizzato

La capacità di impegnarsi in un rapporto amoroso comporta sempre il problema di come affrontare il tempo, con le sue implicazioni di perdita e delusione. L'amore implica il vissuto dell'universalità. In ogni rapporto d'amore importante l'amore per l'altro conduce a vedere nell'Altro una concentrazione di valori che vanno oltre l'Altro e che spingono a considerarlo come una condensazione di beni e significati. Possiamo quindi vedere l'amore per l'Altro come un primo passo verso l'amore per il mondo e verso qualcosa infine che sta al di là di tutte le cose. Il rapporto con l'infinito riguarda quindi un po' tutti, seppure in particolare Correale (2017) è interessato a mettere a confronto la posizione del mistico e quella del soggetto psicotico.

Per giungere ad un incontro con la trascendenza il mistico deve affrontare l'attraversamento di un immenso vuoto sterminato. Nel rapporto del mistico con il mondo, le cose perdono il loro carattere di utilità, ma acquistano il carattere di un'apparizione, di

un'epifania, di qualcosa che condensa in sé qualcos'altro non ancora definibile. Il soggetto nella posizione mistica deve disfarsi di sé stesso, sottrarsi ai ricordi, e inoltrarsi nella terra della rinuncia; ciò vale anche per istinti, desideri, aspirazioni. Rinunciare ai desideri implica vedere sé stesso come parte di un tutto, come espressione di una totalità piuttosto che come dotato di una soggettività individuata. Tale processo conduce ad un distacco dall'esperienza abituale ed implica l'inoltrarsi in una terra dove il nulla prevale incontrastato. L'avvicinamento al nulla tuttavia comporta angosce drammatiche, un senso di solitudine e di estraneità, pensieri d'abbandono e di tradimento. Per il mistico il vuoto immenso diventa un accesso all'indicibilità di Dio; proprio il fatto che Dio sia nascosto diventa il modo con cui Dio si fa conoscere.

Le metafore utilizzate come tentativo di definire l'esperienza divina come la luce, una nube luminosa, un albero che nasce da un seme originario esprimono l'inafferrabilità dell'esperienza di contatto col trascendente e l'idea che anche il visibile può essere un ostacolo per l'accesso all'invisibile.

Il trascendente, il divino non è mai circoscrivibile, delimitabile, non ha forma. È soltanto la sua impensabilità che può renderlo pensabile, paradosso alle radici della mistica.

L'infinito non è quindi solo ciò che è fuori dalle coordinate spazio-temporali ma anche ciò che si sottrae ad ogni definizione.

Secondo Fachinelli (1989) l'esperienza mistica comporta una specie di sdoppiamento: il soggetto rimane se stesso e al tempo stesso si immerge nell'infinita indefinibile. Probabilmente la dolcezza di cui parlano tanti mistici deriva da questo mantenere una parte osservante commossa, mentre un'altra parte vive l'immersione in un'infinità indefinibile.

Ciò che caratterizza l'esperienza mistica è quindi in primo luogo la capacità di sopportare un vuoto, di reggere la solitudine estraniante, di oscurare il visibile per coglierne l'aspetto di luce nascosta in esso. Ma anche la capacità di accettare l'infinita del punto di arrivo, la coincidenza paradossale di presenza e assenza, il dolore della transitorietà dell'esperienza e la speranza di una sua riapparizione. Quindi possiamo concepire l'esperienza mistica come la capacità di sopportare un'angoscia di solitudine e disorientamento, un viaggio verso il nulla.

Il mistico cerca la rinuncia, ma è una rinuncia sorretta da una sorta di speranza verso un Dio affidabile. Anche il soggetto psicotico sperimenta un terribile senso di *sperdimento* nei momenti in cui viene meno la fiducia in una figura che dia solidità, appoggio e riferimento e che alimenti la fantasia potente che tale appoggio non verrà mai a mancare.

Diversamente dal mistico però il soggetto psicotico non sopporta questa solitudine estra-

niente. Il rapporto con la cosa, priva di familiarità, non apre la strada ad un'esperienza mistica ma si colora di presenza ineffabili, ma concrete, come fantasmi o folletti, istanze meccaniche anonime che infestano la sua casa, un vero e proprio affollamento.

La visionarietà invocata per sfuggire alla solitudine estraniante da rimedio diventa ulteriore causa di angoscia. Il mondo viene perduto nella sua realtà oggettuale e subentra un mondo parallelo terrorizzante o che può consolare ma che scaccia la solitudine sostituendola con una presenza irreali o troppo reale (Cfr. Correale, 2017).

Lo psicotico non sopporta ciò che il mistico riesce a sopportare soffrendo.

Inoltre non c'è tanto un vuoto nel mondo psicotico, quanto un "troppo pieno" di oggetti bizzarri, persecutori e misteriosi alla cui decifrazione egli dedica quasi tutte le sue risorse sottraendole alla vita reale e ai rapporti quotidiani.

Il lavoro dello psicotico è quello quindi di rendere il più possibile familiari le sue costruzioni visionarie o accantonarle e a questo scopo dedica un enorme parte della sua attività mentale e fisica. Inoltre per il soggetto psicotico il tema dell'indicibilità di Dio è inaffrontabile, non c'è un'idea critica o una riflessione sul divino. Il Dio degli psicotici è un Dio personale dotato di caratteri umani che giudica e punisce o loda secondo logiche umane (Cfr. Correale, 2017).

Il Dio degli psicotici è una persona di famiglia anche se dotato di poteri soprannaturali.

Una paziente della professoressa Lisciotta per ottenere un risultato importante nella sua vita invocava una preghiera alla "madonna che scioglie i nodi", cosiddetta proprio per risolvere grosse affezioni, i "nodi". La paziente tornò in seduta sconvolta ed eccitata poiché la madonna "dei nodi" che aveva tanto pregato aveva "esagerato nello scioglierli, la madonna "aveva fatto fin troppo", amplificando eccessivamente la situazione desiderata. La paziente parlava della madonna come fosse un'interlocutrice reale, attribuendo ad essa non solo il potere di risolvere i problemi quanto persino l'eccesso: un vero e proprio processo di umanizzazione del divino.

Bión (1970) sottolinea come in ogni uomo c'è un'istanza onnipotente localizzata nella parte magica del pensiero che assume la forma di tendenza fusionale a diventare un tutto col mondo assumendo in sé il potere illimitato delle forze della natura. Questo Dio interno non ha nulla a che vedere con il Dio dei mistici; è un Dio amico e nemico, ma concentrato sul mondo, sulle punizioni e sui premi. Inoltre il soggetto psicotico è sempre autoreferenziale; il messaggio divino è sempre rivolto a lui, collocandosi al centro del mondo. Questo deriva dalla fiducia nella potenza magica del pensiero che a sua volta proviene dalla non distinzione di cose e parole. *«Se penso cose e non parole, anzi se le cose vivono e agiscono in me, la realtà sfuma nel pensiero e il pensiero nella*

realtà e tutto quindi mi riguarda» (Cfr. Correale, 2017).

Lo psicotico cerca un equilibrio tra parte umana e parte onnipotente, tra pensiero che conosce le cose e pensiero che si identifica con le cose e, nel farlo, *diventa* le cose stesse, piegate alla vita tormentosa e dolorosa del soggetto.

La terapia dello psicotico per Correale (2017) è un lavoro lento, ma utile e possibile. Esso implica l'allargamento della conoscenza degli oggetti, il circondarli di un campo più vasto, l'interpretarne le connessioni ed i collegamenti, ricollocandoli infine in un contesto, nel tempo nello spazio. Nel rapporto con Dio, infine, questi deve perdere il suo carattere di proiezione del soggetto e diventare non un'incombente presenza ma un'aspirazione mai del tutto realizzabile.

DALL'EVENTO PERTURBANTE IN POI

Marialuisa Sbezzi⁵

Per capirne di più...

Nell'articolo "*La difficile differenziazione dalla identificazione traumatica. La forza gravitazionale del trauma*", Correale (2010) si propone di trattare lo "stato limite" e "borderline" con un'attenzione particolare anche in direzione di una sistematizzazione nell'ambito della letteratura corrente.

Egli si sofferma sul fatto che il termine Borderline viene utilizzato con una molteplicità di significati e coprendo una varietà di situazioni cliniche.

Se da una parte tale diagnosi permette di raccogliere in un unico quadro tutte le situazioni *al limite* tra psicosi e nevrosi, dall'altra ciò pone la necessità di dover distinguere tra borderline più vicini alla psicosi e borderline più vicini alla nevrosi.

È tale stato di cose che porta l'autore a trattare tali tematiche di grande complessità attraverso un'analisi fine e minuziosa, così facendo è possibile guardare ai fenomeni complessi scomponendoli e prestando attenzione alle varie parti, quasi di scannerizzare il disturbo non solo per distinguerlo, ma anche per vederne gli aspetti precipui. Osservando ogni singolo aspetto è possibile una maggiore comprensione della complessità con cui ci confrontiamo, riuscendo così a trattare ciò con un linguaggio chiaro e abbastanza scorrevole.

Si potrebbe entrare nel cuore del problema interrogandosi sull'esistenza di nuclei psicotici che operano rimanendo nascosti e che, senza dare sintomi psicotici conclamati, producono aree mentali a scarso contenuto di simbolizzazione laddove gli acting e le somatizzazioni, che si configurano quali resistenze a tali nuclei, mettono sotto scacco la produzione del pensiero.

Passando in rassegna la letteratura psicoanalitica in riferimento al nucleo psicotico, emergono due posizioni.

La prima potrebbe essere definita come un tentativo di far rientrare il concetto borderline nella categoria più ampia e definita del concetto di stato limite. Tale tentativo è molto diffuso negli psicoanalisti influenzati dalla cultura francese e vede in André Green il più forte sostenuto-

⁵ Psicologa, allieva del terzo anno dell'IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

re del concetto di stato limite. Secondo questa concezione, lo stato limite consisterebbe: «*In un'area mentale indeterminata, fluida, quasi liquida, in cui l'eccesso di acting e di somatizzazioni, determinerebbe una perdita sostanziosa della capacità di pensare, concependo il termine pensare, come la capacità di reperire rappresentazioni per i propri desideri, impulsi e passioni*» (Correale, 2006).

Noi potremmo definire tale area come una sorta di *anticamera* della psicosi, senza entrarvi viene utilizzata come difesa verso quest'ultima. Infatti, secondo Correale quest'area rimarrebbe privata, coperta da una serie di finte identità, di falsi sé che servirebbero a tenerla sotto controllo fino a quando non si manifesti sotto la forma di una passionalità sregolata, intendendo per passione un'emozione vissuta passivamente e rispetto alla quale il soggetto accetta di soccombere senza nessuna consapevolezza.

È chiaro come tale definizione si basi prevalentemente sul tema del pensiero, caratterizzato da un vuoto che viene sostituito da costruzioni fittizie (identità prese a prestito, falso sé, posizioni ideologiche aprioristiche), le quali sarebbero portavoce di una condizione di disinvestimento degli oggetti esterni, con un continuo oscillare tra momentanei investimenti e bruschi ritiri.

A questo punto è necessario riflettere su un'ulteriore precisazione, ovvero se considerare lo stato limite qualcosa a sé stante, come difesa dalla psicosi, che rimane tale anche successivamente, oppure può diventare psicosi a tutti gli effetti. A tal proposito Green sembra oscillare tra le due possibilità, anche se sembra più favorevole a una distinzione in quanto sostiene che forse lo stato limite può diventare psicosi senza esserlo sin dall'inizio, nonostante entrambi gli stati si avviino da un comune denominatore che sono i nuclei psicotici su esposti.

L'altra posizione, maggiormente legata al filone di ricerche inglese e americano, trova in Gunderson il suo ordinatore e ricercatore più approfondito.

Secondo questo approccio, non c'è stato limite ma solo disturbo borderline di personalità, dove lo stato emotivo di fondo è caratterizzato da una profonda insoddisfazione, un'eterna insaturazione dei desideri e una continua ricerca di qualcos'altro; tutto ciò si esprime nella vita quotidiana nella tendenza, spesso pericolosa, all'impulsività, all'azione immediata e non pensata, e in una reattività violenta e disperata agli atti potenzialmente aggressivi.

Vediamo quindi, come in questo caso il soggetto reagisce, in modo estremo a una situazione che comunque esiste.

La simbolizzazione è infatti presente anche se discontinua, non c'è un vuoto, ma un continuo riempirsi e svuotarsi delle aree mentali, con ricorso a atti (uso di sostanze, sesso srego-

lato, meccanismi isterici transitori) che diano sollievo alla noia che attanaglia questi pazienti; noia che non nasce dal vuoto, ma dall'anticipazione di una continua frustrazione che l'oggetto finirà per infliggere.

Arrivati a questo punto è possibile riflettere sul rapporto che c'è tra stato limite e disturbo borderline.

Andando avanti nella nostra analisi è possibile vedere come ciò che caratterizza lo stato limite è il ruolo importante svolto dal nucleo psicotico, mentre nel borderline il ruolo più importante viene giocato dal trauma e non sembra avere rapporto con il tema della psicosi:

«Il disturbo sarebbe la conseguenza di una concezione traumatica della vita, dove ogni evento si propone come dirompente, devastante o umiliante, confermando il predominio dell'ingiustizia e del male nell'ordine delle cose» (Correale, 2010).

Si potrebbe forse dire che l'emozione prevalente nello stato limite è l'apatia, coperta da un affaccendarsi apparentemente direzionato, ma in realtà compensatorio del vuoto interiore; nel borderline, invece, l'emozione prevalente è la disforia, intesa come un intreccio di rabbia, dolore, disperazione e protesta contro un modo ingiusto.

La dinamica dello stato limite...tra clinica e teoria

È discutendo in classe sullo stato limite, che mi viene in mente un ragazzino, utente della comunità per minori Nostra Signora di Gulfi di Chiamonte, in provincia di Ragusa, dove lavoro come educatrice da circa un anno e mezzo.

Giorgio ha 15 anni, secondogenito, ha una sorella poco più grande di lui di circa un anno, con la quale sono cresciuti insieme.

La madre a soli 15 anni ha fatto la classica "fuitina" (la scappatella) con un uomo molto più grande di lei, un uomo violento, del quale è rimasta incinta dopo 10 anni di convivenza. Quest'uomo era dedito all'alcool e spesso la maltrattava e, così come racconta la donna, *«un giorno ha preferito la sua bottiglia di alcool»*.

I continui maltrattamenti hanno richiesto, dopo la nascita dei figli, l'intervento dei servizi sociali e la donna con i bambini è stata inserita in una comunità, mentre il padre è stato allontanato dal nucleo familiare.

Adesso il padre naturale di Giorgio è morto, si è ammalato di cirrosi epatica; la madre si è risposata con un altro uomo che ha cresciuto questi ragazzi come se fossero suoi figli ma di fatto l'ombra del padre naturale continua ad essere molto presente in famiglia: Giorgio ne parla

spesso durante i colloqui in comunità.

Il paziente non ha dei ricordi lucidi di ciò che succedeva a casa sua quando era ancora molto piccolo, ha solo sentito dei racconti dei primi anni della sua vita, delle liti tra la mamma e papà, durante le quali tutto ciò che si trovava a portata di mano veniva lanciato contro l'altro, perfino i coltelli.

Ovviamente non può ricordare quando a soli 5 mesi il padre lo ha strappato dalle braccia della madre e nascosto in una casa dove è stato ritrovato dopo diverse ore. Questi eventi vissuti da bambino non vengono ricordati dal ragazzo, ma vediamo come tali esperienze irrompono nella sua vita attuale e si ripetono quasi come un copione.

Come ben sappiamo da 0 a 3 anni, il bambino non ha gli strumenti per fronteggiare eventi di particolare intensità, eventi perturbanti quando, improvvisamente, irrompe *qualcosa* di sconosciuto, che essendo insopportabile per l'Io ancora debole, viene buttato fuori.

Di seguito cerchiamo di comprendere il funzionamento dello stato limite, seguendo il pensiero a noi vicino di Correale e riportando il caso clinico su accennato.

Per avere un quadro chiaro è utile partire dall'ipotesi freudiana, secondo la quale all'inizio della vita, il principio di piacere prevale su quello di realtà. Si tratta di un periodo iniziale in cui interno e esterno sono sentite come categorie molto generali e onnicomprensive: è l'esperienza delle cure materne a far sì che si instauri nel bambino un Io-piacere che tende a catalogare gli oggetti in buoni o cattivi a seconda della soddisfazione che sono in grado di procurare.

Soltanto in un momento successivo, l'insistenza dell'assenza e dell'attesa da un lato, e l'identificazione con gli oggetti buoni dall'altro, permette un minimo di stabilità e pacatezza. Il bambino giunge a un giudizio di esistenza, ovvero stabilisce se un oggetto è vero, esistente fuori di lui.

Nell'esempio clinico riportato è possibile ipotizzare che le cure materne esperite da Giorgio non siano state sufficientemente stabili a permettere l'identificazione con *l'oggetto buono*: dopo l'assenza si è esperito qualcosa di sconosciuto e imprevedibile.

Il punto essenziale del discorso non è tanto la ricerca dell'oggetto bensì il suo ritrovamento. L'oggetto deve essere disponibile a farsi *ritrovare* in modo da porsi come possibile termine di confronto con un precedente abbozzo di percezione dell'oggetto stesso, che solo nel ritrovamento acquista consistenza e permette identificazioni significative.

È l'esperienza di non ritrovare l'oggetto ad essere perturbante; al posto di qualcosa di

buono il bambino trova il peggio.

Si tratta di un *cambiamento catastrofico* che non si rapporta con l'esperienza precedente prevista. Il bambino avrà a che fare con un'esperienza ineluttabile e intollerabile ma indiscutibilmente reale, simile alla "*rivelazione orrificca*" che caratterizza la drammaticità delle storie raccontate dalla tragedia greca (Tratto dalla lezione della prof.ssa Lisciotto).

Rivelazione orrificca dalla quale cercherà di difendersi ricorrendo a massicci meccanismi di proiezione che effettuano continui processi interni di svuotamento.

Avremo quindi a che fare con un interno fragile e precario, in cui si stabilirà una fragile area di piacere sempre minacciato da un esterno imprevedibile e pericoloso. In questo modo si forma un limite molto fluido e instabile, attraverso il quale non è possibile distinguere tra interno e esterno, perché tutto l'interno fluisce verso l'esterno e l'esterno con l'identificazione primitiva diventa un interno proiettato.

Ciò che caratterizza Giorgio è proprio la sua aggressività che viene buttata fuori con tutta la sua intensità, forse con la stessa intensità degli eventi perturbanti vissuti quando era piccolo, forse le liti tra la mamma e papà avevano proprio questa stessa intensità; ciò che ripete spesso nei momenti di crisi è proprio l'atto di lanciare e la minaccia con i coltelli.

È stato trasferito dalla comunità dove stava prima proprio perché ha minacciato un operatore con il coltello, sempre con il coltello ha bucato le ruote della macchina di un professore e dal tetto della scuola ha lanciato delle pietre a dei ragazzini che giocavano in cortile.

In comunità è solito lanciare gli oggetti quando è in crisi ripetendo così molto probabilmente quella scena perturbante originaria in cui la madre lanciava i coltelli al padre.

La sensazione degli operatori della Comunità è che Giorgio può essere pericoloso, imprevedibile e che da un momento all'altro potrebbe causare un danno serio; ci ritroviamo così a esperire quella stessa imprevedibilità e pericolo che molto probabilmente ha sperimentato Giorgio in tenera età; il suo interno confluisce con l'esterno e viceversa.

Tuttavia vediamo che oltre alla sensazione di pericolo e imprevedibilità, il ragazzo trasmette anche il suo bisogno di cure. Osservandolo bene ha uno sguardo dolce, e sembra avere tutte le caratteristiche di un bambino piccolo; ci sono momenti in cui è attento, coinvolto, collaborativo. In cucina è disponibile ad aiutare e a seguire le indicazioni per qualche ricetta particolare. Quando va nella fattoria didattica della cooperativa il suo atteggiamento cambia. Si presta a dare una mano nella cura degli animali, si presta a qualunque tipo di lavoro seguendo le indicazioni che gli vengono date, inizia a lavorare quando arriva e non si ferma mai finché rientra in

comunità molto soddisfatto.

Forse la funzione del lavoro è sempre quella di colmare il vuoto con le azioni? *Facendo* delle cose in modo quasi meccanico si riesce momentaneamente a colmare un vuoto anche se sempre tutto in modo molto precario.

È la persistenza di esperienze positive a permettere il graduale instaurarsi di meccanismi di rimozione, cioè l'operazione mentale che consiste nel trattenere in memoria qualcosa dell'oggetto, sia pure modificata da importanti processi di modellizzazione; permette quindi quella divisione tra conscio e inconscio strettamente collegata con quella tra interno e esterno. Se la rimozione non opera adeguatamente, anche la divisione tra interno e esterno risulterà precaria e soggetta a continui slittamenti.

È Bion a riprendere questa tematica in modo approfondito insistendo molto sul concetto di *rêverie* che potremmo definire una funzione della mente, un'attitudine che può formarsi se sono avvenuti tutti i passaggi che portano ad un'adeguata organizzazione della personalità. Si tratta della capacità immaginativa dell'ambiente che riesce a cogliere il linguaggio primordiale del bambino e a comunicare con suoni, fatti e parole i vari vissuti ed esperienze; va al di là dell'aspetto cognitivo e riguarda l'aspetto esperienziale, l'esperienza acquista così un senso. È evidente che le esperienze vissute da Giorgio sono rimaste nello statuto di «*terrore senza nome*» (Bion, 1962), in quanto esperienza perturbante, molto diversa e molto peggio da ciò che il bambino prevedeva.

Solo una figura accudente capace di *rêverie* sarà in grado di permettere il formarsi di tale organizzazione.

Lo stato limite consiste proprio in questo: il limite oltre al quale non si può andare è quello del linguaggio insufficiente per mancanza di attitudine immaginativa dell'ambiente.

Questa concezione dello stato limite permette un inquadramento ampio delle vicende della formazione della mente. Arriviamo infatti a un'altra importante idea che riguarda l'impossibilità di giudicare.

È impossibile farsi un'opinione del mondo esterno, perché i meccanismi di scissione, secondari all'eccessiva proiezione non permettono l'attesa, il rinvio dall'immediato, quella capacità di attenzione e immaginazione che permette di cogliere le intenzioni dell'altro da sé.

Effettivamente Giorgio non sa il perché di alcuni suoi comportamenti, sembra non interessarsi, vuole solo ottenere tutto e subito, le conseguenze non vengono tenute in conto e non ha percezione di ciò che potrebbe essere giusto o sbagliato.

Lo stato limite vive nella sua follia privata di grandi passioni e scarsi giudizi, di un modo interno vuoto, in quanto non sono state ritrovate le cure materne, e di un mondo esterno poco comprensibile, in quanto al posto dell'esperienza prevista si è esperito qualcosa d'imprevisto e terrificante; dove esterno e interno sono continuamente soggetti a scivolamento l'uno nell'altro, conferendo al soggetto un'esperienza di continua precarietà esistenziale.

Una conseguenza clinica rilevante consiste nell'idea che l'oggetto esterno oscilli sempre tra presenza e assenza, tra invasività e scomparsa; il mondo è imprevedibile e pertanto bisogna stare sempre in guardia.

Giorgio è molto attento a tutto ciò che lo circonda, segue tutto con lo sguardo, anche se l'espressione sembra quasi smarrita, si guarda in torno quando è insieme agli altri, quasi come voler cercare un orientamento nella sua confusione. Forse il suo timore è anche quello che da un momento all'altro potrebbe accadere qualcosa di inaspettato.

Una crisi molto potente è subentrata quando ha scoperto che la madre non si trovava più nel suo paese ma era partita senza preavviso e a sua insaputa per la Germania a sostenere un colloquio di lavoro.

La reazione di Giorgio in quell'occasione è stata ovviamente di rabbia e di sfida verso le figure che in comunità si prendevano cura di lui, arrivando persino a scappare dalla Comunità.

È molto frequente per lui scappare dai posti in cui si trova. Giorgio è scappato da casa sua per andare a stare dalla nonna, è scappato dalla precedente comunità e continua a scappare anche adesso, lo fa per rabbia e alle volte quando è annoiato; non sa dare una spiegazione logica e neanche sa cosa vuole ottenere scappando.

Mi viene in mente quando a soli 5 mesi è stato strappato dalle braccia della madre e portato in un'altra casa. Forse adesso sta ripetendo il copione di andare da un luogo all'altro? Forse non sente che sia possibile potersi fermare e rilassarsi perché tutto è imprevedibile?

In queste condizioni né l'Io e né l'oggetto hanno un minimo di stabilità. L'Io è continuamente soggetto a vissuti di perforazione e di emorragia poiché sottoposto continuamente ad un'esperienza perturbante.

Al soggetto non rimane che un isolamento protettivo, tendenzialmente riempito dall'uso di sostanze apportatrici di piaceri momentanei, o un rapporto di odio-amore, di ambivalenza negli investimenti libidici secondo i dettami di una noia, che nasce dal fatto che nessun oggetto si installa mai veramente all'interno del soggetto.

Tuttora Giorgio continua a scappare e a volte quando rientra in comunità vomita perché ha bevuto, oppure ha gli occhi rossi perché ha fumato.

È l'eterna lotta tra assenza e intrusività che diventa una chiave di lettura dello stato limite. Penso che sia la possibilità di ritrovare l'oggetto a permettere di riparare la *réverie* danneggiata, di ritrovare la serenità e arricchire il pensiero dal fatto che è possibile rappresentare la *rivelazione orrifica* perturbante.

A questo proposito in alcuni momenti ho notato come sia stato possibile placare l'aggressività del ragazzo non temendola, piuttosto trovare un modo per circumnavigarla senza mai banalizzarla o superficializzarla, magari attraverso l'ironia oppure l'attenzione condivisa con lui e verso di lui. Alcune volte ad esempio mi è capitato di "interrompere" i suoi momenti di rabbia indirizzando la mia attenzione verso un particolare del suo corpo, un graffio o un livido, oppure chiedendogli con semplicità come sta o se ha dormito bene. Non sempre funziona ma penso sia importante non lasciarsi travolgere dalle sue performance.

Penso che la possibilità di riuscita con Giorgio sia cercare di bonificare ciò che lui proietta all'esterno affinché ritorni a lui qualcosa di meno intenso. In qualche modo bisogna provvedere ad una sorta di fluidificazione di tutti i suoi vissuti che investono l'ambiente.

È significativo notare che, le volte in cui non gli presto attenzione sarà lui stesso a cercarmi per comunicarmi che ha sbattuto la testa o si è graffiato con la lametta.

Succede allora che mi chieda un disinfettante, io *quei* graffi li ho disinfettati, cosa che non è prassi in comunità. Mi sono chiesta se avessi sbagliato ma sentivo che Giorgio aveva bisogno delle *cure*.

«Guarda mi sono fatto male, vedi? qua' è gonfio...» - mi dice un giorno mostrandomi la sua immagine allo specchio e individuando un preciso punto. Mi spiega come ha sbattuto, io osservo mostrandomi interessata alla parte incriminata che, in effetti, non era affatto gonfia.

Capisco che Giorgio in quel momento aveva bisogno di ricevere la mia attenzione.

Forse è questo il modo che rappresenta per il paziente la possibilità di ritrovare un oggetto accudente?

Di poter sperimentare una funzione di cura?

E forse questa funzione viene svolta anche dal barattolino di crema che gli diedi un giorno.

Giorgio si lamentava in modo agitato che nessuno si preoccupava di dire all'infermiera che con il freddo aveva tutto il viso rosso e screpolato e che in comunità non ci sono *rimedi*.

Allora mi ricordai di avere in borsa un barattolino di crema e decisi di darglielo.

Giorgio mi ringraziò e notai che rimase sorpreso dal mio gesto che aveva apprezzato molto.

Ancora adesso nelle giornate di freddo intenso, quando la sua pelle si raggrinzisce, Giorgio tira fuori quel barattolino, lo conserva con molta cura e mette pochissima crema, un po' alla volta, per non sprecarla e poterne avere sempre una riserva.

«È stata buona, mi ha curato le parti arrossate...» – dice riferendosi alla crema.

L'UOMO DI LATTA

Disturbo borderline ed esperienze traumatiche

Lorenzo Vinci⁶

Nell'articolo *Stato limite e disturbo borderline: differenze e somiglianze. La difficile questione del "nucleo psicotico"* Antonello Correale (2012) definisce in modo chiaro, semplice ma profondo, il disturbo borderline, delineandone i sintomi e le emozioni prevalenti e le principali ipotesi eziopatogenetiche.

Il nostro scopo è quello di provare a sintetizzare il suo pensiero, accompagnandolo col racconto del caso clinico di Matteo, un uomo di 38 anni che segue in terapia vis a vis due volte a settimana da tre anni presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP-8 di Siracusa.

Matteo ha un passato traumatico, intriso di abbandoni e violenza, e richiede il mio aiuto a causa di dolori intestinali che i dottori da lui consultati hanno definito, con suo grande scetticismo, come psicosomatici.

Riprendendo le parole di Correale (2012), «*il disturbo borderline si caratterizza per il dominio quasi assoluto di uno stato d'animo, che permea di sé quasi tutti i momenti della vita psichica*». Tale stato d'animo, da molti definito disforia (Rossi Monti, 2005), si caratterizza per un'inquietudine diffusa, uno stato di allarme e di attesa di qualcosa di pericoloso e violento, un'insoddisfazione profonda di fronte anche a piaceri intensi, che lasciano sempre il segno di qualcosa di insaturo e di incompleto (Ansemert e Magistretti, 2012). Accanto a ciò è presente un'intensa reattività, che può manifestarsi con atteggiamenti di sfida verso i rapporti fino ad una vera e propria mancanza di controllo del proprio comportamento e dei propri impulsi: crisi di rabbia, violenza e disperazione, abuso di alcol e sostanze, attività sessuali imprudenti, comportamenti rischiosi, etc. Il tutto allo scopo di potersi liberare di questo stato d'animo vissuto come insopportabile.

Stando a questa breve ma accurata descrizione, riesco a vedere chiaramente Matteo: un uomo tormentato dal proprio passato e da un indissolubile vissuto di vuoto e di insoddisfazione, da cui nessuna attività ed esperienza piacevole può liberarlo, se non momentaneamente. Un uomo scontroso, arrabbiato con il mondo, da cui ha subito un grave torto e da cui pensa di

⁶ Psicologo, allievo del terzo anno dell'IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

continuare a subirlo ininterrottamente. Matteo sente dentro di sé un forte desiderio di amore e di affetto, ma tale desiderio è incolmabile, e con tale incolmabilità si scontra incessantemente: ciò che l'altro fa per lui non è mai abbastanza, ogni mancanza, per quanto piccola possa essere, è vissuta come un torto grave ed irreparabile, fino a costruire l'idea che chiunque sia costantemente pronto a fargli del male, a toglierli qual- cosa, a prendersi gioco di lui.

Il cibo è l'unico sfogo, seppur vivendo anche con esso un rapporto di estrema ambivalenza: ne desidera il sapore più di qualunque altra cosa, ma non riesce a digerirlo, instaurando con esso un rapporto intriso di amore e odio, di piacere e dispiacere, di ricerca e di allontanamento, di desiderio e senso di colpa.

È un mondo interno, quello del borderline, in cui sembrano infatti coesistere differenti dicotomie, un mondo in cui l'ambivalenza fa da padrona. Si alternano crisi depressive per il vuoto interiore incolmabile, accompagnato da una non accettazione dell'ingresso dell'altro, percepito come violento, a nostalgia di un mondo utopico, eticamente buono e gentile, che è sognato e desiderato ma anche intriso dalla rabbia di non poterlo davvero ricostruire.

In sostanza, essi *«sono in preda a quella che potremmo chiamare una disillusione, piena però di sfida e di provocazione. Il mondo è ingiusto, stupido e ipocrita e io sarò così, ma per far vedere al mondo quanto è falso e violento. [...] Un'intensa vitalità, [dove] intense crisi depressive lasciano presto il campo ad una rabbia vitale e potente, che sembra accompagnarsi a una filosofia violentemente restitutiva di un bene e di una morale, ma cercato con modalità per così dire quasi terroristi- che»* (Cfr. Correale, 2012).

Matteo, infatti, sogna un mondo diverso, il mondo di quando era piccolo, in cui secondo lui non esistevano individualismo, apparenze, ma solo amore per la natura, la vita di campagna, incontri più casuali che non quelli consumati nella sua contemporaneità e mediati da telefonini, chat, social, etc. Un mondo che solo lui *sogna*, e che nessuno può restituirgli, ponendolo giornalmente di fronte al dramma di doverci rinunciare, in virtù di una vita basata sull'apparenza, sulle belle macchine, sui bei vestiti e sui soldi. A volte la sua tentazione è quella di cedere ma solo per vendicarsi e mostrare a chiunque la propria rivalsa, che la mancanza di un lavoro (da lui per di più non ricercato) non gli permette di avere.

Un mondo verso cui prova, al contempo, invidioso desiderio e sofferente repulsione.

La domanda che sorge spontanea, però, è cosa possa generare uno stato d'animo così forte da invadere e pervadere tutta la vita psichica dell'individuo?

L'esperienza clinica ha portato molti autori a supporre una significativa attinenza tra il disturbo borderline e la ripetuta esperienza di traumi (Williams, 2009). Una continuità quella

degli eventi traumatici che rompe un'altra continuità, quella dell'esperienza psichica, creando così un vuoto, un abisso.

Il concetto di trauma, però, è qualcosa che apre la mente a pensieri, idee, interrogativi: quando un evento può essere realmente definito traumatico?

Pur distinguendo tra il concetto di dispiacere e di frustrazione e definendo il trauma come quell'esperienza in cui il soggetto vive la possibilità di una sua morte, psichica e fisica (Lingardi, 2008), l'interrogativo resta.

Parliamo di una possibilità oggettiva? E qualora lo fosse, quando essa può essere definita tale? È indubbiamente curioso, e parecchio suggestivo, come ponendoci tale interrogativo in gruppo ci siamo immediatamente dopo imbattuti nella spiegazione di Correale, quasi come "fosse lì con noi", e la lettura del suo testo avesse mosso dentro di noi gli stessi interrogativi che hanno mosso la sua stesura.

Per *morte psichica* l'autore intende «una brusca discontinuità del flusso della vita psichica, una modifica profonda; [...] un senso profondo e disperante di essere dominati da qualcosa, di essere passivi e inermi di fronte a forze – interne ed esterne – che non lasciano spazio a correzioni o modifica. [...] Il tempo si ferma, lo spazio si contrae e il senso di essere agente di se stesso si annulla» (Cfr. Correale, 2012).

In sostanza, quando il soggetto vive la possibilità di una sua morte psichica e fisica si fa riferimento ad una possibilità soggettiva, non obbligatoriamente reale ma legata indissolubilmente all'esperienza dell'individuo.

Più che sulla morte in se stessa l'accento è quindi posto sull'esperienza da parte dell'individuo di rottura dei contenitori psichici, vissuta soggettivamente come esperienza di morte. È un po' come se oggettività e soggettività si mescolassero, in un magma indistinto in cui è difficile tracciare i confini, che mi sembra risuonare con i connubi dicotomici sopra descritti che fanno parte dello stato d'animo del borderline.

La parola magma mi sembra appropriata per descrivere il mondo interno del borderline: esso, infatti, è un sistema complesso di roccia fusa, comprensivo anche di acqua, altri fluidi e sostanze gassose, parti più calde ed altre più fredde, la capacità di restare silente, di defluire lentamente così come di provocare un'esplosione. Credo infatti che un elemento al cui interno coesistono differenti contrasti, stati chimici, temperature e reattività, miscelati e apparentemente indistinti, descriva perfettamente il caotico e drammatico universo del borderline.

Stando a questa definizione di trauma, nei tre anni della mia analisi con Matteo, peraltro ancora in corso, mi è stato possibile vedere i numerosi eventi traumatici che ha dovuto subire:

le percosse da parte del padre, spesso anche senza alcun motivo apparente, percosse che potevano andare da semplici schiaffi a veri e propri calci, fino a violenze fisiche vere e proprie, come ginocchiate in faccia. Ricordo ancora bene il doloroso nodo allo stomaco che ho provato quando il paziente, con un'indifferenza che faceva quasi paura, mi descrisse queste scene, un nodo che forse è quello che sente lui quando cerca di colmare il proprio vuoto con un cibo che, proprio come quei calci, è impossibile da digerire. Oppure l'abbandono della madre, che lo ha lasciato con questo padre violento per tornare nel proprio paese di origine; un abbandono che esisteva già prima della sua effettiva fuga, e che si mostrava dentro tutti i suoi silenzi e la sua inerzia durante le percosse che Matteo subiva.

È possibile che proprio per la complessità e la fascinazione che questo tema, quello della morte, ci "impone", Correale (2012) sembra premere molto su di esso, rimarcandone il significato e l'attinenza con l'esperienza interna del borderline.

Nell'articolo vengono infatti illustrati due modi distinti di leggere l'angoscia di morte di fronte all'esperienza traumatica, apparentemente distanti ed inconciliabili, ma in realtà profondamente complementari, più vicini di quanto non sembri ad un esame superficiale.

Da un lato la morte si rappresenta come un eccitamento spaventoso e sovrastante, un violento essere attratti e respinti da qualcosa che si propone davanti a noi come terribile e seducente insieme; dall'altro lato, invece, essa si rappresenta come un annullamento della propria psiche, con la sensazione di essere totalmente dominato e tenuto in balia da qualcosa di esterno, che risponde a leggi proprie e sconosciute e che non ha col soggetto altro rapporto che quello di una forza brutale.

In sostanza, un flusso di eccitamento pauroso e distruttivo ad un polo e un'impotenza paralizzante e mortifera dall'altro; questo rende l'essere umano forza pura, attività fisica, pietra, fuoco, vuoto, acqua, elemento naturale più che soggetto umano e psichico.

Ma non è forse vero che la passività possiede un intrinseco potere oscuro di fascinazione e che l'eccitamento è sempre pervaso da un sentirsi trascinato ed in balia di qualcosa?

«È proprio l'oscura attrazione verso questa passività a determinare un terrore senza fine, una paralisi della volontà, e quindi a mettere in moto quei meccanismi compensatori, che sono tipici del borderline e che acquistano comprensibilità se collegati all'esperienza traumatica di morte e al tentativo di liberarsi da essa» (Cfr. Correale, 2012).

Ecco di nuovo le dicotomie e le esperienze apparentemente inconciliabili unirsi in quel caotico magma borderline.

Ricordo che un giorno, in seduta con Matteo, ebbi una vera e propria *rêverie*. Nel descrivermi il suo “vuoto”, mi spiegò che questi sembrava essere fatto di metallo. Mi venne subito in mente l'uomo di latta del Mago di Oz, che era appunto orfano di genitori e che, a causa di una maledizione, venne punito per il suo eccessivo amore per una ragazza e andò in pezzi.

L'uomo di latta fu destinato a vagare disperato in cerca di un cuore.

E proprio questo è Matteo: un uomo fatto a pezzi dalla condizione di *claustrum* di fronte alla quale è stato messo dal padre e dalla mancanza di un oggetto d'amore materno su cui fare riferimento.

Sono pezzi che Matteo ha rimesso insieme lasciando però internamente un abnorme incolmabile vuoto.

E in questo vuoto che vi è un cuore, il cui *battito* è spasmodicamente ricercato ma al contempo auto-sabotato da comportamenti depressivi e aggressivi che sono l'espressione della fascinazione mortifera sopra descritta, di cui è in balia e da cui si sente eternamente sopraffatto.

La questione può essere approfondita ulteriormente affrontando il tema del trauma da tre differenti punti di vista: trauma e rappresentazione, trauma e identificazione e dimensione metafisica del trauma.

Trauma e rappresentazione

Scrive Correale (2012): «*il trauma determina un eccesso di emozioni e un difetto di rappresentazioni, un vuoto psichico, dove le capacità di connessione, collegamento e giudizio sono fortemente danneggiate e le azioni intraprese sono quasi esclusivamente dominate dall'emozione*».

Ciò che accade è che la scena traumatica frammenta il soggetto e la sua esperienza: la scena stessa, quindi, o comunque l'esperienza che il soggetto ne fa, viene fatta in frantumi, i quali, interiorizzati come “*schegge sensoriali*” (Cfr. Correale, 2012), scalfiscono ogni altra situazione sperimentata, facendo sì che l'individuo la percepisca e la agisca sempre come se fosse traumatica. Passato e presente si compenetrano, nel tentativo di rimettere insieme i cocci per risanare il trauma antico ma con il risultato di pervertire e traumatizzare ogni nuova esperienza, in cui agire le emozioni senza alcuna capacità di giudizio è l'unica strada percorribile.

In sostanza, un vero e proprio deficit di rappresentazioni, in cui il borderline perde buona parte della sua capacità di giudicare: l'altro è percepito come qualcosa di fisico (Cfr. Correale, 2012).

Accanto a ciò, però, la capacità di entrare in così profondo contatto con la realtà fisica gli permette di cogliere aspetti del mondo esterno e dell'altro con una facilità che è, a mio parere, difficile da descrivere e da comprendere. È come se il borderline riuscisse a vedere ogni cosa nei suoi frammenti, come delle "realtà in sé" (Cimino, 2011), compresi gli aspetti emozionali, al punto da acquisire una sorta di empatia primitiva, primordiale, che poi è quella che all'interno della stanza di analisi sfianca e sfinisce il terapeuta, che si sente non solo giudicato ma anche trafitto dal suo sguardo. Proprio come mi sento io, spesso, in seduta con Matteo: giudicato, perforato, fino a desiderare alle volte che non venga in seduta, probabilmente assumendo il ruolo di genitore rifiutante.

La prevalenza di questo meccanismo frammentante fa sì che oltre all'esperienza anche il soggetto vada incontro ad una forte scissione. Il meccanismo della dissociazione, infatti, che consiste in una profonda scissione verticale dell'Io del soggetto, è particolarmente comune nel borderline, che cade spesso in stati quasi ipnotici, in cui dialoga internamente soltanto con aspetti parziali delle sue scene traumatiche interiorizzate, con alcune schegge sensoriali personificate: un Super Io materno crudele, un padre abusante, un amico infido e traditore.

Matteo, infatti, descrive spesso in seduta episodi in cui, assorto nei propri pensieri, perde totalmente il contatto con la realtà, al punto da dovere toccare qualcosa per potere ristabilire un contatto con essa; così come descrive anche dei perenni dialoghi interni, spesso giudicanti, colpevolizzanti, proprio come lo erano i suoi genitori, con cui è profondamente identificato. E ciò ci introduce, infatti, alla tematica successiva, quella dell'identificazione con i propri oggetti abusanti.

Trauma e identificazione

Nell'esperienza traumatica del soggetto borderline è di fondamentale importanza un particolare tipo di identificazione che la psicoanalisi classica, sulle orme di Ferenczi e della Klein, definisce *incorporazione*.

Scrivono Corrales (2012): «L'oggetto traumatico, nel calore drammatico dell'esperienza traumatica, passa per così dire in toto nell'Io del soggetto, si installa suo malgrado non attraverso modi delicati e modulati, ma appunto come un cibo inghiottito senza masticare».

In sostanza, il soggetto traumatizzato incorpora dentro di sé l'oggetto traumatico, con il quale si identifica, o meglio è costretto ad identificarsi. L'identificazione traumatica per incorporazione dà origine ad una rappresentazione dell'oggetto traumatizzante, che può essere ben de-

finito come il *fantasma*.

Sulla scia del pensiero sopra discusso circa l'esperienza di morte, che è al contempo flusso di eccitamento pauroso e distruttivo ed impotenza paralizzante e mortifera, *si forma* il fantasma:

«Queste identificazioni per incorporazione non sono mai sentite come del tutto appartenenti al soggetto, ma restano sempre in qualche modo estranee: da un lato sono troppo dentro e lo dominano, ma dall'altro sono troppo fuori, perché non si sono verificate attraverso un gioco di presenza e assenza, che le avrebbe rese familiari, ma in modo brusco e violento» (Cfr. Correale, 2012).

Dai racconti di Matteo mi è infatti possibile rivedere spesso le sue due figure genitoriali: alle volte egli è la madre, che subisce in silenzio e cova odio per le cattiverie e le denigrazioni dei suoi amici e dei parenti, e altre è il padre, che agisce tutta la sua violenza contro il mondo esterno.

Due identificazioni sentite come “strette”, come non digerite, ma di cui è impossibile liberarsi, un po' per passivo dominio un po' perché probabilmente esse rappresentano l'unico legame, seppur sporco ed abusante, con quei genitori tanto odiati e tanto amati.

Ancora una volta, quindi, è possibile vedere la compenetrazione di amore e odio, di dominio e sottomissione.

È chiaro, quindi, perché è più corretto sottolineare la costrizione all'identificazione: al soggetto non rimane altra possibilità che diventare l'altro, fare entrare dentro di sé un demone, una forza esterna che domina, attrae, spaventa, affascina, che è madre e padre, e assume le sembianze di ogni figura che abbia determinato le relazioni traumatiche fondamentali. Il fantasma, appunto, che descrive perfettamente quel magma in cui dicotomie e contrari si uniscono: la coesistenza del rapporto di odio-amore, vita-morte, protezione-distruttività, domanda-offerta, compassione-intolleranza, tra il soggetto borderline e un altro, a cui si sente legato in modo irreversibile come in una prigione (Cfr. Correale, 2012).

Desidero riportare qui un calzante episodio della terapia con Matteo.

Una notte, in cui ero particolarmente inquieto e avevo difficoltà a prendere sonno, sognai di essere violentato dal mio partner: lui saliva sopra di me, mi teneva fermo, e ciò che inizialmente sembrava essere qualcosa di piacevole diventò da lì a poco qualcosa di invasivo, di drammatico e di angosciante.

Ricordo, verso la fine del sogno, che mi guardò, con il sorriso diabolico e gli occhi gialli,

come quelli di un serpente, di un demone. Mi svegliai in preda al panico e riuscì soltanto con difficoltà a riprendere un sonno disturbato fino alla mattina, in cui mi svegliai per andare in supervisione.

Quel giorno fui molto inquieto: provavo odio e paura per il mio partner, sentivo il mondo attorno a me strano, l'aria rarefatta.

In supervisione, il mio supervisore notò immediatamente il mio turbamento, e così, cogliendo la palla al balzo, ho raccontato il sogno, seppur non riguardasse il paziente, come se sentissi la necessità di dovere vomitare ed espellere quanto provato.

Quello che pensavo essere un mio problema, un mio vissuto, faceva invece parte dell'identificazione proiettiva del paziente, il quale aveva trasferito la propria dimensione abusante dentro di me, intrisa di quel magma borderline di desiderio e dolore, di piacere e colpa, che avevo provato nel sogno. Fu, in sintonia con questo magma, allo stesso tempo clinicamente sbalorditivo ma personalmente raccapricciante quando in seduta successiva Matteo mi confessò di sentirsi in colpa nei confronti degli altri, dicendomi che esiste un demone dentro di lui, e che per sbarazzarsene era costretto a inserirlo dentro altre persone.

Fu da quel momento che cominciai a comprendere come all'interno degli abusi di Matteo fosse presente una dimensione altamente erotizzata, di come quella ginocchiata in faccia, con la sua repentinità, avesse prodotto contemporaneamente eccitazione e dolore, e di come questi due elementi, insieme, potessero accoppiare sensazioni molto differenti tra di loro, come colpa e piacere. Deduzioni a cui arrivai grazie anche ad altri sogni di controtransfert, uno in particolare, che mi disturbò particolarmente, in cui il paziente mi costringeva a praticargli del sesso orale mentre un uomo anziano ci osservava: farmi entrare nell'erotizzazione del suo abuso, che non poteva essere discusso in analisi ma soltanto trasmesso attraverso sensazioni, emozioni e sentimenti, quelli che erano presenti dentro l'abuso, il piacere ed il timore insieme.

Dimensione metafisica del trauma

Scrive Correale (2012): *«Il trauma apre al caos, al disordine, alla neutralità del mondo esterno, all'incontrollato. Rompe la dimensione di familiarità alle cose, spezza l'addomesticato, l'abitudine, l'ordine. Il soggetto si apre all'incontrollato, allo spazio infinito, alle forze oscure che lo regolano».*

In sostanza, il trauma mette il borderline forzatamente e violentemente di fronte al tema della moralità: sperimentando la realtà nelle sue microparti, nelle sue "realtà in sé" frammentate,

egli sperimenta l'impatto con un mondo che è allo stesso tempo oscuro e luminoso, pauroso e attraente, disgustoso e meraviglioso, in cui esistono cose eticamente abominevoli e realtà assolute.

Non è un caso, infatti, che spesso siano presenti nei borderline, accanto ad ideazioni paranoiche e cospirazionistiche, convinzioni altamente moralistiche, che richiamano a privazioni sensoriali e corporee in virtù di un bene superiore, più grande, come nel caso dell'ascetismo, del veganesimo, dei digiuni forzati.

Matteo, infatti, parla spesso del mondo fantastico desiderato sopra descritto, così come introduce spesso altre tipologie di tematiche, come quella dei monaci tibetani che vivono in Tibet con le tigri addomesticando il proprio corpo, o quella delle case farmaceutiche che inventano cure inesistenti per le malattie, come la chemio e la radioterapia per la cura delle cellule tumorali che potrebbero in realtà, a suo parere, essere debellate soltanto con una giusta alimentazione.

Essere morali in un mondo ingiusto non è semplice per un borderline e per le sue continue identificazioni. Ma nonostante ciò è una cosa a cui aspirano: accedere ad una tematica morale per uscire dalla fase ripetitiva del trauma, ed è al terapeuta che chiedono gli strumenti per accedervi, per reperire in qualche angolo segreto della loro mente la capacità di aspirare ad una morale di base e alla fiducia in una giustizia di fondo.

Risulta chiaro, da questa breve seppur densa analisi delle rappresentazioni e delle identificazioni traumatiche, che nella tematica borderline è di fondamentale importanza l'eterna connessione tra trauma antico e trauma attuale.

Potremmo dire che nel borderline esiste quella che Correale (2010) definisce una vera e propria tendenza traumatofilica.

Pervertire e traumatizzare ogni esperienza ed ogni incontro con l'altro con le schegge sensoriali del trauma antico, infatti, fa sì che il borderline riporti e ripeta all'infinito la propria sequenza traumatica, nutrendo e mantenendo perennemente viva l'identificazione con l'oggetto traumatizzante. Scrive Correale (2012): *«c'è un piacere violento nell'incontro col fantasma, una specie di desiderio di resa dei conti, e, al tempo stesso, il piacere di una lotta in cui vittoria e sottomissione obbediscono entrambe alla legge di una scarica che finalmente riporti tutta la questione ad un punto zero»*.

Non a caso Matteo, pur dicendo di non volere lavorare sia per le sue condizioni fisiche

sia per non rinunciare alla propria libertà, accetta come unica forma di lavoro quello di maschera al teatro greco di Siracusa: un lavoro stancante, eseguito giornalmente sotto il forte caldo di agosto, ma per lui soddisfacente. Attraverso questo lavoro, infatti, Matteo è costretto giornalmente a vedere, vivere e rivivere le tragedie greche, e ciò può probabilmente avere a che fare con il suo desiderio di entrare in contatto con la *tragedia* del proprio trauma.

Nella tragedia greca, a un certo punto del racconto, ai protagonisti si appalesa una verità che, per la sua qualità, assume la cifra di una *rivelazione orrificica* e che caratterizza, per l'appunto, la tragedia greca.

Al pari delle tragedie greche, a volte anche nella quotidianità succede di entrare in contatto con il *fatto* altamente traumatico e con la sua ineluttabilità. La cosiddetta *rivelazione orrificica* comporta per l'individuo che ne viene a conoscenza di farsi carico di ciò che è sporco, violento, vergognoso e abusante, di ciò che è insopportabile accettare, che punge la mente e che si tende a respingere fermamente (Lisciotta. Conversazione privata).

Per Matteo, osservare continuamente e ripetutamente le tragedie è una modalità di esprimere il tentativo inconscio di maneggiare le proprie *rivelazioni orrificiche*, i propri contenuti inaccettabili, gli stessi che risuonano dentro di me quando mi sento a disagio in seduta, mettendomi probabilmente in contatto anche con i miei propri contenuti sporchi, che cerco di tenere lontano quando desidero che non venga.

In sostanza, è presente una costante coazione a ripetere che ha da un lato lo scopo mortifero di annullare la tensione e l'eccitamento e dall'altro lo scopo vitale e squisitamente libidico di mantenere l'identificazione con l'oggetto, per soddisfare il primitivo e simbiotico desiderio inconscio che

«*Se non ti posso avere, sarò come te*» (Freud, 1921).

Abbiamo tentato di spiegare il magma dell'ambivalenza, vitale e mortifero, che continua a perpetuare incessantemente il ciclo amore-odio: il soggetto borderline non potrà mai essere l'oggetto, perché se è vero che è identificato con esso, è vero anche che tutto è scisso, e l'identificazione avviene con schegge, frammenti, che apparentemente appagano ma che in realtà alimentano l'insaziabile e rabbiosa fame di oggetto (Ansemert e Magistretti, 2012).

Ed è proprio quest'ambivalenza su cui ci siamo più volte soffermati, che rende le analisi con i pazienti borderline difficili ed estenuanti, in quanto caratterizzate da transfert tempestosi e inquieti, in cui il terapeuta deve essere abile a mantenere continuità e presenza ed evitare atteg-

giamenti di ritorsione e vendicatività (Cfr. Correale, 2012).

Lavorare, con non poca fatica ma al contempo con grande entusiasmo, proprio come risonanza controtransferale alla loro ambivalenza, sulle rappresentazioni e sulle identificazioni traumatiche, senza mai perdere di vista la dimensione metafisica, filosofica ed etica a cui il trauma li ha costretti a prestare incessantemente attenzione. Non far cadere nessun discorso, non lasciare niente in sospeso, ma collegare e connettere, fino a ricomporre, le schegge sensoriali del trauma, riproponendo in modo mai violento scenari, sequenze temporali, rapporti di causa-effetto, per aiutare il paziente ad uscire dalle sue fascinazioni seduttive e rabbiose e riacquistare la capacità di giudicare.

Soltanto così, senza mai stancarsi di far vedere la sequenza trauma, dissociazione e acting, sarà possibile accedere alle sue identificazioni, affinché lentamente ma costantemente emerga il trauma antico da quello attuale, e il paziente possa tentare di cogliere tutti i trucchi del rapporto col fantasma: la ricerca di oggetti cattivi scambiati per ideali, la protesta ribelle che spesso copre un masochismo distruttivo, la delusione dell'oggetto, che spesso è ricercata ancora prima di verificarsi (Cfr. Correale, 2012).

Proprio come con Matteo, non senza fatica, nel corso dell'analisi abbiamo collegato la sua repulsione per il grano ed il latte alla sua repulsione per il materno, la pesantezza del cibo all'abbandono della madre e agli indigesti piatti della compagna del padre, la sua rabbia a quella di un paterno introiettato ed incorporato, il suo odio al suo amore e al suo desiderio affettivo; discorsi fatti più di una volta, instancabilmente, di seduta in seduta, spesso dimenticati, altre volte rifiutati, in virtù della costruzione di un contenitore interno che, come le pareti del suo stomaco non riescono a digerire un cibo, non è in grado di digerire determinati pensieri.

Scrive Correale (2012): *«Quello che può essere considerato il risultato finale di un'analisi – cioè una certa liberazione dalle identificazioni, per ritrovare un rapporto col desiderio più fluido e orientativo verso il mondo – qui si pone invece all'inizio dell'analisi. È necessario proporre prima delle identificazioni strutturanti e solo dopo tentarne un superamento. [...] Un compito estenuante e difficile, ma esaltante, di cui i successi terapeutici che non mancano mai in un'analisi ben condotta con un borderline, ci si ripagheremo ampiamente».*

CONCLUSIONI

Racconti psicoanalitici

Perché la psicosi

Donatella Lisciotta⁷

*Si può dire che noi possiamo avere contezza della
immensità della mente solo attraverso la compren-
sione della sua incommensurabilità*

Quando lavoravo al Dipartimento di Salute Mentale della mia città mi capitò di seguire una giovane donna gravemente psicotica. La malattia aveva deteriorato la sua mente, o così sembrava, tanto che si comportava come una persona con grossi deficit cognitivi. Con lei non lavoravo in psicoterapia, ma facevo quella che il primario chiamava “riabilitazione psichiatrica” e che, più sostanzialmente, consisteva nel trascorrere del tempo insieme.

Per lo più Erminia, così la chiamo, era assente, o per meglio dire, sopportava la mia presenza facendo in modo di non *vedermi* e di non *sentire* che ci fossi. Spesso quando stavo con lei avevo la sensazione di essere evanescente, che tutti e due eravamo evanescenti e lievemente inconsistenti, come felicemente inebetite, e persino la stanza diventava un po’ insulsa mentre, solitamente, era un luogo di incontro per tutti, la “stanza del caffè”, cioè un’area dove si avvicinavano le persone e i loro transfert. Quando stavo con lei, da sola, tutto questo significato si perdeva ma non era una condizione spiacevole, anzi, c’era un che di rarefatto, come fossimo prive di gravità, tant’è che quando entrava qualcuno nella stanza, invece che sentirmi sollevata, avvertivo un certo disorientamento. Erminia mi aveva, in questo modo, incluso nel suo mondo e nella sua modalità psicotica di stare al mondo e forse quello era l’unico modo ammesso con cui potevamo stare insieme, interagire, se così si può dire.

Dopo diversi tentativi di approccio risultati vani, mi convinsi di usare la plastilina, traen-

⁷ Psicologa psicoanalista della *Società Psicoanalitica Italiana* (SPI) e Docente presso l’IDF di Catania della *Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* (SIPP).

do spunto dall'esperienza nell'ambito del trattamento psicoterapeutico con i bambini.

Inizialmente Erminia non la guardò neanche, allora, nel tentativo di coinvolgerla, cominciai a manipolare il pongo formando forme sferiche per ogni colore. Procedetti in questa operazione a lungo, da sola e con un po' d'angoscia, poi Erminia prese il pongo e cominciò a lavorarlo. Con mio disappunto però non faceva palline uniformi e monocromatiche come le avevo indicato di fare, piuttosto cominciò a mischiare pezzetti di diverso colore prendendoli a caso, o almeno così credetti. Nel tentativo (scriteriato) di indirizzarla verso il riconoscimento dei colori, secondo l'assunto riabilitativo/cognitivo, la rinvitai a realizzare palline di pongo tutte rosse, tutte blu, tutte gialle, ecc.

Ma non mi ascoltò, era assorta, *stava* tra le sue mani e il pongo. Allora mi misi più vicina, e le chiesi:

«*Che cos'è?*»

«*Il mondo*» – mi rispose.

Incoraggiata dall'aggancio che ero riuscita a creare continuai:

«*Me lo descrivi?*» – le chiesi.

«*Questo è il mare*» – disse indicando delle venature azzurre – «*queste sono montagne*» – laddove spiccava il marrone – «*e questi sono i continenti*» – ed erano vaste parti di pongo verde.

Effettivamente Erminia aveva fatto una minuscolissima pallina di pongo mischiando, in un modo che a me parve casuale, tanti colori e quello che a me era sembrato un pasticcio per lei era «il mondo».

Ricordo ancora di essere rimasta molto colpita per la sua indipendenza nella rappresentazione delle cose, e per come avessi sottovalutato la sua capacità rappresentativa per il solo fatto che fosse diversa e lontana dalla mia. In quel momento vidi in lei un che di saggio ed evoluto, ma anche una grande distanza, una smisuratezza o un'*infinitezza* (Correale, 2017), non so bene come chiamarla, che stava riversando in quella pallina di pongo. Tutto il mondo era là, in quella mescolanza casuale e inconscia di colori, tutto il *suo mondo*! Mi colpirono anche le dimensioni quasi microscopiche di *quel mondo* e come lei riuscisse a distinguerne terre, acque e montagne.

A volte, quando ci ripenso, mi sembra di essermela inventata Erminia, e che quel momento magico tra noi non fosse mai esistito. Non ricordo infatti la sua faccia e mi sfugge l'aspetto paradigmatico di quei momenti.

Chi eravamo? Che ci facevamo in quella stanza? Quanti anni avevamo? Eravamo bambine? Eravamo paziente e psicologo? Ci saremmo riviste il giorno dopo? E dopo ancora? C'era

un tempo? Eravamo in un sogno? In una fantasia? E che fine hanno fatto quelle palline di pongo? ...questo però me lo ricordo.

Le conservai per tanto tempo dentro l'armadio della stanza del caffè, insieme ai disegni e alle produzioni di altri pazienti, anche dopo che Erminia non venne più.

Silvana, invece, la conobbi in ospedale psichiatrico. Stavano smobilitando e bisognava dimettere i pazienti rimasti, per lo più cronici.

Ci andai col mio primario, una donna scomoda e acuta, a cui sono riconoscente. Incontrammo Silvana in una specie di stanzino, passando per le camerate ormai vuote e con i letti ancora in fila ma coi materassi arrotolati. Uno squallore indicibile!

Silvana era grassa e giovane. Tranquilla. Era contenta di vedere la dottoressa Pigneri, si conoscevano da tanto tempo. Si parlarono con familiarità e moderata confidenza.

Ciò che mi colpì fu quello che al momento mi sembrò una sorta di strafottenza, di superficialità con cui Silvana dava una spiegazione alla sua reclusione per tanti anni in OP.

Diceva di essere stata rinchiusa sol perché faceva un movimento col dito indice della mano. E lo mimò per farcelo vedere. Si trattava di un gesto impercettibile che quasi affondava, scompariva e si confondeva nella corporeità della donna, ma nello stesso tempo era molto potente; come se il gesto incriminato fosse l'intera persona-silvana. Un tutt'uno.

Anche Silvana come Erminia mi rimandavano un sentore di indipendenza, quasi di fiera inconsapevole, con il quale sembravano assimilate totalmente.

Come dice Freud in *Il riconoscimento dell'inconscio* (1915), «[nei pazienti schizofrenici] *la libido, in seguito al processo di rimozione, è stata sottratta agli oggetti e non cerca un nuovo oggetto, ma si ritira nell'Io, e rinuncia agli investimenti oggettuali e ripristina un narcisismo primitivo privo di oggetti*».

Quella che definisco “indipendenza” implica probabilmente la sottrazione e la rinuncia della libido dagli investimenti oggettuali; condizione che conferisce allo psicotico un aplomb distaccata e distanziante, che provoca nell'interlocutore quel senso di incertezza esistenziale, di vaghezza e di sperdimento da me provato accanto ad Erminia nella “stanza del caffè” e persino in assenza di Erminia. Come se la mia mente, attraverso il contatto con lei durante le sedute in Dipartimento, avesse conosciuto la condizione di vivere privi di investimento oggettuale, e come con Silvana, in un mondo del tutto staccato dalla realtà, o meglio, dai significati della realtà dove invece primeggiano quelli determinati dall'investimento sul proprio Io.

Per la cronaca, il gesto che costò tanti anni di manicomializzazione alla paziente era quello che si fa per adescare, attirare qualcuno con fare maliardo...

Il “dito” di Silvana, a guisa del “linguaggio d’organo” (Freud, 1915) rappresenta e contiene il *discorso schizofrenico*. «[...] *Sottolineo come il rapporto con l’organo si sia arrogato l’ufficio di rappresentare l’intero contenuto del pensiero della paziente*» (Ibidem).

Nel caso di Silvana, il gesto era la rappresentazione del suo desiderio sessuale, decontestualizzato.

Per inquadrare la condizione psicotica e entrare in rapporto con la persona psicotica risultano utili le parole di Freud:

«L’incapacità di traslazione che è propria di questi pazienti (e che dipende dall’estensione del processo patologico), la loro conseguente inaccessibilità agli sforzi terapeutici, il loro caratteristico rifiuto del mondo esterno, la comparsa di segni che rivelano un sovrainvestimento libidico del proprio Io, lo sbocco finale in un’assoluta apatia, tutti questi caratteri clinici paiono accordarsi perfettamente con l’ipotesi di un abbandono degli investimenti oggettuali.» (Ibidem)

Una giovane donna mostra invece tratti psicotici contenuti dall’ipocondria. Anna è una “sposa bianca”, non ha cioè mai fatto l’amore col marito.

Chiede una terapia perché si sente “spenta”, “apatica”. Durante il trattamento sembra migliorare ma poi si aggrava. Andiamo avanti così per un po’, tra alti e bassi, allor quando Anna sbotta, uso questo termine appositamente, con un sintomo nuovo, allarmante e di difficile remissione.

Un giorno guardandosi allo specchio “si vede” con un “occhio di fuori”, “sporgente oltre misura”.

Ne parliamo a lungo poiché ritengo sia una condizione psichica inconscia che finalmente *parla*, si stava palesando, superando l’apatia che aveva portato la paziente in terapia.

Parlarne inoltre dava la possibilità alla paziente di esprimerla e di essere integrata. Ma come fare a comprenderne il significato?

Viene in aiuto ancora Freud:

«Nella schizofrenia le parole sono sottoposte allo stesso processo che trasforma i pensieri latenti del sogno in immagini oniriche, e che noi abbiamo chiamato processo psichico primario. Esse vengono condensate e, in virtù dello spostamento, trasferiscono interamente i loro investimenti l’una sull’altra; il processo può spingersi fino al punto che un’unica parola, a ciò predisposta dalla molteplicità delle sue relazioni, si assuma la rappresentanza di un’intera catena di pensieri.» (Ibidem)

L’ “occhio di fuori”, “sporgente”, sembrò in Anna dare voce *assumersi*, come dice Freud,

la rappresentanza di pensieri legati ad un desiderio sessuale della paziente mortificato e impedito, desiderio che non raggiunge la coscienza, restando confinato nell'inconscio laddove la sua rappresentazione non è legata al verbale.

«[...] *la rappresentazione conscia comprende la rappresentazione della "cosa" più la rappresentazione della parola corrispondente, mentre quella inconscia è la rappresentazione della cosa e basta.» (Ibidem)*

Nell'accezione comune si suol dire "avere gli occhi di fuori" quando si è molto sorpresi o arrabbiati. La scelta di queste parole è tutto ciò che, al momento, la paziente può fare per dare voce al suo desiderio disagio; a mio avviso, è anche la dimostrazione dell'esistenza di una quota di voyerismo della paziente riferito ancora una volta al desiderio di "vedere" un pene "vivo" piuttosto che uno che si nasconde e si sottrae. L' "occhio di fuori", peraltro "sporgente" e per di più "oltre misura" sembra dare forma a ciò che, nell'esperienza sessuale della paziente, non prende forma-non è eretto- non ha erezione: un pene avaro, che rimane striminzito e moscio. Tale condizione impedisce l'accesso al soddisfacimento e, alla fine, provoca una rabbia che imbriglia il desiderio e che, rimanendo inespressa, si trasforma nel sintomo di Anna: l'apatia.

Toro Seduto

Occupava il letto dell'ultima camera, quello accostato al muro.

Era sempre taciturna Nicolina e tutta scura. Nera la gonna e il maglione di lana spessa, nera la pelle come quella di una contadina che passa tutto il giorno nei campi, neri gli occhi che lanciavano faville appena li incrociavi che dovevi abbassare lo sguardo.

Non era una leader ma quando si dovevano prendere decisioni l'ultima parola era la sua. Nicolina non diceva mai una parola più dell'altra, anzi per la verità era raro sentirla parlare, ma si esprimeva con la stessa determinazione di Toro Seduto col lampo degli occhi e cenni del capo. Bastava la sua presenza o persino un suo movimento sulla sedia di legno dove sedeva, i piedi accanto la stufetta alogena e il suo uncinetto intenta a lavorare, a dettare il ritmo delle cose. Il suo silenzio faceva la differenza.

Bastava poi che entrasse nella stanza col suo passo silenzioso e inquietante che si ridimensionavano i toni di tutti, compresi quelli degli operatori.

Viveva a Mili insieme a altre 5 compagne da quando tutte erano state dimesse dal Mandalari dopo la chiusura dell'Ospedale. Psichiatrico.

Con loro trascorreva l'ultima parte della sua vita, forse quella più serena.

La potevi vedere attiva cucinare insieme alle altre durante l'ora del pranzo, stendere il bucato, apparecchiare la tavola ma sempre chiusa in quella sua sacralità che faceva paura tanto era ermetica e inconfondibile.

Per questo fui sorpresa un giorno quando, senza guardarmi e continuando a fare le sue cose, mi chiese:

«*Mi accompagni al paese?*».

Sulle prime pensai che la sua richiesta era stata gettata là affinché qualcuno raccogliesse il rumore sordo con cui aveva lanciato quelle parole, parole simili ai birilli quando fai strike; ma quando realizzai che eravamo rimaste solo noi due a pulire i fagiolini sul tavolo della cucina, mi sentii prescelta.

E così un giorno che c'era il sole andammo al paese.

Non presi la macchina del Servizio, l'accompagnai con la mia 500, lei mi diede informazioni precise, sulla strada, non avrei potuto sbagliare di una virgola, sapeva la strada a menadito sebbene non andasse al paese da anni. Si ricordava tutto.

Per prima cosa volle andare al "cimiterino" (così lo chiamava) a trovare i suoi.

Il cimitero di Tipoldo era piccolissimo e abbandonato. Lei girò e rigirò tra le lapidi e infine trovò le tombe che cercava.

Me le indicò e disse con la cadenza siciliana: «*Queste sono*».

Con quelle due sole parole pronunciate di scatto mi stava presentando i suoi genitori. Di nuovo strike.

Poi volle andare a trovare "altri" morti che però stavolta non mi presentò.

Parlottava tra sé e sé, come se tenesse un filo di ricordi nella mente, come se ricucisse tutta la sua vita passando da una tomba all'altra, da un ricordo all'altro.

Io la seguii senza fare alcuna domanda e, nonostante la cosa cominciava a diventare lievemente inquietante, mi sentivo perfettamente a mio agio.

Quando Nicolina ebbe finito il suo giro di visite, volle andare a casa sua, al paese.

Con la 500 salimmo su su per l'unica stradina, arrivammo in alto là dove la strada era affiancata da casupole povere in tufo o in pietra, e terminava.

Non feci domande per tutto il tragitto, neanche quando la 500 iniziava ad arrancare in prima ballonzolando pericolosamente sui sassi.

Finalmente mi fece cenno con la mano di accostare, e una volta arrivate, lei mi regalò una confidenza.

«*Questa è la casa della mia infanzia*», proprio così disse.

Dunque Nicolina aveva un'*infanzia*, pensai, perché a vederla sembrava fosse arrivata da Marte, essere una persona senza contesto, senza legami, addirittura tra noi operatori della casa famiglia si pensava che l'elettroshock avesse interrotto il report della sua vita.

Entrammo attraverso due gradini sconnessi e tutti rotti, tanto che dovetti tenermi dal muro per non cadere... ma forse non fu per quello.

Dentro solo una stanzetta, piccola e sguarnita a dir poco. C'era un letto non rifatto da sempre, apparecchiato con lenzuola che avevano assunto un colore grigio giallognolo, nel cuscino c'era ancora la forma della testa, nessuna coperta, un tavolaccio di legno quadrato e dagli spigoli consumati, sopra un torsolo di mela e un pezzo di pane duro, una bottiglia d'acqua finita.

«*C'è stato qualcuno qua*» – dissi lievemente indignata come se fosse mia la proprietà. «*Ci vive mio fratello*» – rispose asciutta. Poi sfilò dalla borsa un berretto di lana nera, lo stesso che le avevo visto lavorare in casa famiglia, e lo posò sul letto. «*Qua fa molto freddo la notte, lui dorme coi vestiti ma la testa è scoperta...*» – disse secca.

Voltò le spalle e uscì. Io restai di sasso.

Mi aveva appena detto che pensava al fratello lontano quando, assorta nei suoi silenzi, lavorava per ore coi piedi accanto alla stufetta, ogni punto di maglia un pensiero, un ricordo, un pezzettino di tenerezza.

Non stava facendo solo un berretto di lana, stava *lavorando* i suoi pensieri e i suoi ricordi: ogni punto una riparazione, un recupero, e nel prendersi cura dell'Altro si prendeva cura di sé.

Disse quanto bastava a farmi capire tutta la sua vita, quella che aveva serbato nascondendola nei suoi silenzi, rendendola così inaccessibile e proteggendola dagli agguati della sua stessa malattia e, presumibilmente, dagli insulti dell'ospedale psichiatrico. Quell'atteggiamento robotico, assunto in tanti anni di OP, sviava e scoraggiava qualsiasi contatto nella consolazione, da parte di noi inesperti operatori, che “era matta”; in quel momento invece capii che altro non era che una protezione.

Chissà lei, cosa pensava di noi! Noi, che pensavamo che l'elettroshock l'avesse “interrotta”.

Quando finì il mio periodo di lavoro a Mili continuai ad andare a trovare le “signore di casa Mili” ancora per qualche tempo. Una volta portai dei mandarini, in primavera una cassetta

di fragola.

Nicolina non mi veniva incontro come facevano le altre, ma seduta sulla solita sedia intenta a lavorare all’uncinetto senza scomporsi, mi sembrava, o così volli credere, che sorridesse.

Lo stesso sorrisino che quel giorno aveva sulla faccia per tutto il tempo della nostra gita e che sparì una volta posteggiata la macchina davanti casa Mili per riprendere il piglio di sempre, la sua assenza pesante, la saggezza di una donna che ha troppo sofferto.

<<<<<<<<<<< * >>>>>>>>>>>>>

Nessuna condizione mentale diversa dalla psicosi riesce a farci comprendere la vastità della mente, la sua capacità di estendersi e ampliarsi in svariate direzioni o dimensioni, di dilatarsi e involversi, e sembra paradossale che una malattia così invalidante possa a pieno titolo svelare le caratteristiche che rendono la nostra mente così *capiente*...

Vorrei concludere queste brevi considerazioni sulla psicosi consapevole di non aver fornito risposte alla pretenziosa domanda con cui inizio questo paragrafo (“Perché la psicosi?”), ma di aver dato un piccolo contributo per una *vicinanza* che si spinga un po’ oltre la clinica, attraverso un aspetto esperienziale e che ho voluto, presuntuosamente, definire “*racconti psicoanalitici*”.

BIBLIOGRAFIA

- ANSEMERT, F- MAGISTRETTI, P. (2012). *Gli enigmi del piacere*. Bollati Boringhieri: Torino.
- BADARACCO, J.E.G. (2004). *Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*. Bollati Boringhieri: Torino.
- BION, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore: Roma. BION, W.R. (1970). *Attenzione ed Interpretazione*. Armando Editore: Roma. BION, W.R. (1987). *Il cambiamento catastrofico*. Loescher: Torino.
- BORGNA, E. (1995). *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*. Feltrinelli: Milano.
- BORGNA, E. (1998). *Le figure dell'ansia*. Feltrinelli: Milano.
- BLEGER, J. (2010). *Simbiosi e ambiguità. Studio psicoanalitico*. Armando Editore: Roma.
- CIMINO, C. (2011). Fronteggiare l'estremo. La nuda vita tra psicosi e disturbo borderline. In *Rivista di Psicoanalisi*, I, 59, 70.
- CORREALE, A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Edizioni Borla: Roma.
- CORREALE, A. (2010). La difficile differenziazione dalla identificazione traumatica. La forza gravitazionale del trauma. In *Quaderni del Centro Psicoanalitico di Roma*.
- CORREALE, A. (2012). Stato limite e disturbo borderline: differenze e somiglianze. La difficile questione del "nucleo psicotico". Relazione al *Il seminario di ricerca sulle "patologie borderline"*, 24 Novembre, Milano.
- CORREALE, A. (2014). Allucinatorio e psicosi. In *European Journal of Psychoanalysis* (articolo online - <http://www.journal-psychoanalysis.eu/allucinatorio-e-psicosi/>).
- DE MASI, F. (2006). *Vulnerabilità alla psicosi*. Raffaello Cortina Editore: Milano. FACHINELLI, E. (1989). *La mente estatica*. Adelphi edizioni: Milano.
- FALLICA, L.M. – MAVILIA, V. – SBEZZI, M. – VINCI, L. (2018). *I volti della maternità. Esperienze di Baby Observation*. Pubblicato in E-book.
- FERENCZI, S. (1932). *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In CARLONI, G. (1992). *Sándor Ferenczi. Opere. Volume IV*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- FREUD, S. (1911). *Il presidente Schreber. Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia*. In MUSATTI, C. L. (a cura di) (1968). *Freud: Opere. Volume 6*. Torino: Bollati Boringhieri.
- FREUD, S. (1915). *Metapsicologia*. In MUSATTI, C. L. (a cura di) (1968). *Freud: Opere. Volume 8*. Torino: Bollati Boringhieri.

- FREUD, S. (1919). *Il perturbante*. In MUSATTI, C. L. (a cura di) (1968). *Freud: Opere. Volume 9*. Torino: Bollati Boringhieri.
- FREUD, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. In MUSATTI, C. L. (a cura di) (1968). *Freud: Opere. Volume 9*. Torino: Bollati Boringhieri.
- FREUD, S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. In MUSATTI, C. L. (a cura di) (1968). *Freud: Opere. Volume 10*. Torino: Bollati Boringhieri.
- GREEN, A. (1983). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Edizioni Borla: Roma.
- GREEN, A. (1990). *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- GUNDERSON, J. (2003). *La personalità borderline: una guida clinica*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- KRISTEVA, J. (1985). *Storie d'amore*. Editori riuniti: Roma.
- KRISTEVA, J. (1987). *Sole nero. Depressione e malinconia*. Donzelli Editore: Roma.
- LACAN, J. (2010) *Il seminario. Libro III. Le psicosi. 1955-1956*. Einaudi: Torino.
- LINGIARDI, V. (2008). *La terapia come processo di umanizzazione: sogno e memoria nell'analisi di una paziente traumatizzata*. Letto al Centro di Psicoanalisi Romano, 30 Novembre 2008.
- LOMBARDI, R. (2016). *Metà prigioniero e metà alato*. Bollati Boringhieri: Torino.
- MELTZER, D. (1993). *Clastrum. Uno studio dei fenomeni claustrofobici*. Raffaello Cortina Editore: Torino.
- NICOLÒ, A.M. (2002). *La tecnica nella psicoterapia psicoanalitica con la famiglia*. In NICOLÒ, A.M – ZAMPINO, A.F. (2002). *Lavorare con la famiglia*. Carocci Editore: Roma.
- REALE, G. (1997). *Eros demone mediatore. Una lettura del simposio di Platone*. Rizzoli Editore: Milano.
- RESNKI, S. (1972). *Persona e psicosi. Il linguaggio del corpo*. Einaudi Editore: Torino.
- ROSSI MONTI, M. (2005). *Disforia e condotte suicidarie nel disturbo borderline*. *Frenis Zero*, II, ROSSI MONTI, M. (2008). *Forme del delirio e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- ROSSI MONTI, M. – STANGHELLINI, G. (2009). *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- WILLIAMS, R. (2009) (a cura di). *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Raffaello Cortina Editore: Milano.