

Sergio Dazzi

Ricerca Psicoanalitica, 1999, Anno X, n. 2, pp. 155-177.

Il dolore del Sé e la sopravvivenza dell'oggetto: note sul masochismo

SOMMARIO

I commenti introduttivi sottolineano l'evolversi del nesso tra i fenomeni masochisti e lo sviluppo del Super-Io, quindi del nesso tra masochismo e aggressività. Etiologicamente, i contributi hanno individuato esperienze precoci infantili in cui vi sono state o procedure mediche dolorose o traumi psichici di natura più diretta con i *caretaker*; vista la multideterminazione dei fenomeni masochisti e sadomasochisti, non esiste un nesso causale tra evento e patologia.

Vengono quindi esplorati ed approfonditi tre punti centrali, nella genesi del masochismo: la necessità evolutiva dell'espressione e regolazione dell'aggressività, il nesso che lega gli affetti dolorosi alla aggressività e la capacità di elaborare fantasie come anello tra evento traumatico e patologia.

Infine si sostiene la necessità di definire i fenomeni masochisti all'interno di uno spettro diagnostico, e ciò a partire dal livello globale di funzionamento intrapsichico.

Vengono presentate due casi clinici a sostegno delle diagnosi di personalità depressivo-masochiste e personalità sadomasochiste.

SUMMARY

The painful Self and the surviving object: notes on masochism

Preliminary notes focus on the vicissitudes of masochism and Superego development, i.e. the link between masochism and aggressivity. Etiologically, contributions have identified early childhood experiences of painful medical procedures or psychic trauma (of very different nature) more directly linked to relation to caretaker; as masochistic as well sadomasochistic phenomena are multidetermined, there is no direct causal link between trauma and psychic disorder.

Three main points are subsequently explored, relevant in the origin of masochism: the developmental task to express and regulate aggressivity, the bonding of painful affects and aggressivity and , finally, the capacity to fantasize as the missing link between traumatic event and the clinical dimension of disorder.

The need to define a diagnostic spectrum is the last part of the paper. Diagnosis can be made focusing on the global level of intrapsychic functioning. Depressive-masochistic personality and sadomasochistic personality will be highlighted by two clinical vignettes.

Il consenso sullo stato attuale dell'indagine sui fenomeni compresi nella definizione di "masochismo", è centrato sulla molteplicità di funzioni che il termine comprende (adattiva, difensiva e gratificante), sulla molteplicità dei meccanismi difensivi coinvolti (diniego, proiezione ed introiezione), sulla speciale stratificazione ad ogni livello evolutivo (non esiste un singolo e preciso *developmental pathway*, ma si tratta di fenomeni che possono trasversalmente percorrere ogni fase dello sviluppo) e, per finire, sulla ipotesi di poter operare una differenziazione diagnostica e clinicamente specifica sulla base del funzionamento psichico globale (personalità depressivo-masochiste e personalità sadomasochiste).

Laplanche e Pontalis (1968) attribuiscono al masochismo il significato primario di “perversione sessuale in cui il soddisfacimento è legato alla sofferenza o alla umiliazione subita dal soggetto” (p. 303). Proseguono, poi, rilevando che *Freud si era spostato dalla perversione sessuale*, prendendo in considerazione altre forme, più legate alla organizzazione del carattere (come nel caso del masochismo morale).

L'inconscio perseguire il dolore come condizione di piacere, rimane la definizione più consistente del masochismo morale, laddove il piacere, o la riduzione del dolore, può consistere nell'attenuarsi dell'angoscia e della pressione superegoica o nella costruzione di un legame più profondo con un oggetto cattivo, ma indispensabile.

Nelle prime formulazioni Freud (1919), dalla utilizzazione del termine mutuato da Krafft-Ebing, aveva confinato il progetto di teorizzazione del masochismo a quei comportamenti perversi in cui il dolore veniva associato ad un chiaro piacere sessuale. Il nodo, cioè, come mantenere la centralità del principio di piacere con la ricerca del dolore, fu sciolto, in una prima formulazione, centrando due punti (Brenner, 1959). Il primo di questi era la considerazione che il masochismo era un fenomeno “secondario”: si trattava di impulsi o desideri sadici dapprima diretti su un oggetto esterno, mentre soltanto in un secondo tempo il soggetto, veniva sostituito, come meta, all'oggetto. A questo elemento andava aggiunta una condizione molto meno ambientale e più costituzionale, ontologica, in base alla quale l'organismo ha la capacità di vivere ogni stimolazione, anche quelle dolorose, come fonte dell'eccitamento sessuale. Successivamente la visione, sulla base dell'esperienza clinica, subì una modificazione e il legame tra stimolazione dolorosa e piacere si complicò; Freud (1924) giunse alla conclusione che il dolore masochistico era una condizione - o un mezzo - per ottenere piacere e non, in sé, la ragione del piacere.

Come sottolinea Brenner, va rilevato che in questa prima formulazione il principio di piacere viene preservato come principio guida del funzionamento psichico. In un secondo tempo, a partire da *Al di là del principio di piacere* (Freud, 1921), l'ingresso nella teoria dell'istinto di morte introdusse un elemento che, in buona sostanza, è centrale nelle teorie odierne. Si tratta del nesso tra la pulsione aggressiva e il masochismo, per quanto, almeno in questo periodo, venga lasciata irrisolta la questione se una pulsione autodistruttiva sia in sé originale e primaria. Al tempo stesso, già in *Un bambino viene picchiato*, Freud (1919) aveva avanzato l'idea che una perversione, come una nevrosi, è la conseguenza di conflitti attorno ai temi edipici. Freud ne concluse che il desiderio di essere picchiato era una regressione della rappresentazione di desideri edipici che nascevano dalla organizzazione libidica del periodo sadico-anale.

Le tappe possono essere così riassunte, ma per una disamina più completa bisogna rivolgersi a Brenner (1959), Cooper (1989), Laplanche (1976), Loewenstein (1957), Nacht (1965):

a) vi è una base fisiologica, la tendenza infantile di rispondere con eccitamento sessuale ad ogni aumento della tensione psichica (un bambino con la caratteristica costituzionale di rispondere sessualmente a stimoli dolorosi sarebbe incline a sviluppare fenomeni masochisti in età adulta);

b) il corso dello sviluppo prevede che una parte della pulsione di morte permane *nella direttività* contro il sé, mentre il resto si defletterà sugli oggetti esterni;

c) la genesi di ogni comportamento o fantasia masochista va ricondotta ai conflitti del periodo edipico. Su questa si consolida la relazione, in linguaggio strutturale, tra masochismo e Super-Io;

d) si giunge, infine, ad evidenziare tre forme cliniche di masochismo: erogeno, femminile (che si legava alle caratteristiche di “passività” e, *insieme a questo concetto, anche questa formulazione svani*, v. Loewenstein, 1957) e morale.

Nell'indagine sulla formazione dei tratti di carattere, sui quali si focalizza sempre più l'attenzione della psicoanalisi, una dimensione essenziale va riservata al nesso tra masochismo e necessità/piacere/ricerca della punizione. Il bisogno di punizione fu sottolineato da Brenner (1959), come fenomeno fisiologico e parte integrante del funzionamento del Super-Io. È quindi normale che il carattere abbia in sé una quota di masochismo. I fenomeni come la capacità di tollerare il sacrificio, la dedizione ai compiti e ai doveri e i

fenomeni, più in generale, legati alla capacità di sublimare e di rinviare la gratificazione spinsero gli autori legati al punto di vista strutturale a definire il masochismo in termini di quantità (intesa come l'eccesso di un fenomeno normale) piuttosto che di qualità (la deviazione di un itinerario o di un processo evolutivo).

Al tempo stesso i fattori alla base dei fenomeni masochisti indussero a sottolinearne la qualità trasversale, cioè, la capacità di essere presenti in differenti quadri psicopatologici; le fantasie masochiste, nella loro funzione difensiva, garantiscono protezione rispetto a tutti i tipi di angoscia evolutiva (dalla perdita dell'oggetto, alla perdita dell'amore dell'oggetto, all'angoscia di castrazione e della punizione superegoica). I quadri psicopatologici implicano l'interscambio e la contemporanea presenza di diverse di queste. Rimane la nota rilevante che i temi, che sottendono queste angosce, hanno a che fare, nel caso del masochismo, con lo specifico destino dell'aggressività e dei meccanismi per controllarla.

Etiologia

Due sono i settori attorno ai quali hanno ruotato le speranze di formulare un qualche nesso etiologico per spiegare i fenomeni masochisti (Panel, 1985).

Il primo di questi comprende quelle esperienze di dolore fisico, che il bambino sperimenta nelle fasi precoci della sua esistenza e che sono legate a procedure concernenti il corpo, spesso di natura sanitaria. Malattie, trattamenti medici ed esperienze dolorose, piuttosto che essere considerati come l'origine della natura dei comportamenti successivi, vengono oggi valutati nella loro funzione di elemento costitutivo di una relazione oggettuale precoce. Questi fenomeni dolorosi sono prove impegnative imposte alla madre o agli altri *caretaker*, perché, nella qualità dell'esperienza soggettiva del bambino entrano sia la richiesta di aiuto che la percezione della risposta affettiva dell'oggetto parentale. Le relazioni oggettuali sono organizzate dalla necessità di avere una risposta (di gestione, di protezione, di sicurezza, di attenuazione del dolore fisico e dello stato di impotenza e panico). È ormai parte del patrimonio di conoscenze acquisite che la modalità secondo la quale un'esperienza di dolore fisico viene elaborata nella vita mentale dipende dalla qualità affettiva della risposta parentale. Il distacco depressivo, la collera, la freddezza, l'ipercoinvolgimento ansioso possono stabilizzare l'esperienza dolorosa in un quadro stabilizzato di ineluttabilità della sofferenza.

Naturalmente i conflitti e gli adattamenti specifici delle fasi successive si evolveranno alla luce del compito prevalente, cioè, quello di padroneggiare il dolore, soprattutto nell'esperienza soggettiva di impotenza che l'esperienza ha prodotto. Fantasie, desideri e investimenti libidici saranno al servizio di questo obiettivo.

Il secondo, possibile, elemento etiologico prende in considerazione l'esperienza che vede i partner oggettuali come protagonisti diretti della situazione dolorosa; parliamo delle esperienze infantili di abuso. Fin dagli anni cinquanta, ben prima che le teorie psicobiologiche del trauma assumessero un ruolo così prominente, gli osservatori psicoanalitici dell'infanzia (basti citare, per tutti, l'acutezza dei lavori di Selma Freiberg, 1987) avevano sottolineato il processo che iniziava con la traumaticità di un ambiente fortemente inadeguato, la trasformazione difensiva dell'esperienza inconscia del bambino e l'impatto che questa avrebbe avuto sul futuro processo di sviluppo. Al pensiero psicoanalitico va riconosciuto il merito di avere individuato, come condizione essenziale del trauma stesso, il compito evolutivo di comprendere l'aggressività reattiva verso l'oggetto che procura dolore alla luce della necessità che l'oggetto sopravviva nelle funzioni indispensabili per lo sviluppo. Non è mai dato conoscere a priori l'esito dello scontro fra queste due necessità, come vediamo nella gamma di soluzioni che va dalla capacità di crescere normalmente ai diversi quadri psicopatologici che si manifesteranno nell'età adulta.

Entrambi i punti servono a ribadire l'assenza di un movente etiologico o di un qualche nesso causale diretto, al contrario di quanto, con preoccupante ostinazione, alcuni settori della salute mentale perseguono. La discussione sulla primarietà di un trauma ambientale rispetto agli elementi costituzionali endogeni (siano essi il temperamento o una specifica dotazione pulsionale), ormai è goffa, non solo sterile. Più che mai la

domanda è: “Che cosa fa di un trauma un trauma?” La vera risposta è il nesso tra dolore, aggressività e sopravvivenza della relazione oggettuale.

Aggressività, dolore e *state of mind*

Grossman (1991) avanza tre ipotesi attorno alle quali propone di ampliare ed approfondire le riflessioni:

1) Il primo punto è il riconoscimento che l'apparato psichico può acquisire alcune delle sue più rilevanti caratteristiche nel momento in cui il bambino inizia ad esprimere e a regolare l'aggressività; le difese contro l'aggressività contribuiscono all'organizzazione strutturale di Io e Super-Io. I fenomeni masochisti e sado-masochisti mostrano tanto distorsioni strutturali quanto comportamenti aggressivi e stereotipati. Ma qui alcune precisazioni ed approfondimenti sono necessari.

Sul punto dell'aggressività la teoria psicoanalitica si è dibattuta sulla - presunta - necessità di chiarirsi se la distruttività (cioè, le varie forme patologiche dell'aggressività) hanno una natura nativistica o reattiva all'ambiente. La ricerca evolutiva ha ampiamente dimostrato che i due modelli sono parziali; i bambini differiscono nelle loro caratteristiche temperamentali, come l'irritabilità, che sono precursori dei comportamenti aggressivi. Al tempo stesso, l'ambiente è rilevante ma scarsamente oggettivabile, perché il *facilitating environment* (Winnicott, 1974) per un bambino irritabile non è lo stesso che per un bambino con diverso temperamento. È molto più necessario al primo bambino che al secondo.

La teoria psicoanalitica ha sottolineato la rilevanza che ha l'aggressività per un comportamento maturo (dalla competizione, allo spirito umoristico, allo sport), evitando il rischio di considerarla comunque sinonimo di patologia senza, al tempo stesso, evitare il compito di produrre una affidabile teoria della sua evoluzione. È ormai noto, dalla psicologia evolutiva, che l'acquisizione centrale dello sviluppo nei primi due anni di vita è la formazione del sé psicologico o auto-riflessivo, cioè, in possesso della comprensione che esiste un mondo mentale di motivi ed intenzioni in sé e nell'altro. È altrettanto noto che i processi intersoggettivi (in quella vasta gamma differenziata che va dalla sintonizzazione affettiva all'empatia, come descrive Stern, 1985), sono l'ingrediente essenziale per la produzione delle capacità mentali di riflessività, cioè, non solo di attribuzione di uno stato mentale all'oggetto, ma di capacità di formulare ipotesi e comprensione di quello stato. In altri termini l'"intenzionalità" del bambino dipende dall'accuratezza riflessiva che il *caretaker* mette in atto (nelle ben note funzioni e compiti psichici definiti da Winnicott, Kohut, Bion, Loewald, etc.). L'assenza di queste funzioni nell'oggetto è una minaccia per il sé. Da questa assenza derivano le reazioni aggressive, che descrisse Selma Freiberg (1987), di evitamento e aggressione o le diversificazioni di Lichtenberg (1989) sulla attivazione dei sistemi assertivo e avversivo.

Che cosa succede quando le capacità riflessive dell'oggetto sono gravemente insufficienti, in quella vasta gamma che va dalla inadeguatezza di un distaccato genitore depresso o dalla intrusività di un genitore ansioso fino alla gravità di abusi? La risposta, a mio avviso, più comprensiva delle diverse conoscenze disponibili viene da Fonagy (1991, 1993) quando propone che il senso di minaccia pervade l'intero processo intersoggettivo (cioè, il tentativo del bambino di conoscere i propri stati mentali tramite l'identificazione con gli stati mentali dell'oggetto). Quindi l'intero processo intersoggettivo minaccia la sicurezza del sé. Per quanto riguarda le strategie adattivo-difensive concernenti l'aggressività, l'esito di livello più primitivo è la totale distruttività: “La protezione difensiva del sé, attraverso atti aggressivi, un'utile strategia nel breve termine, si rivelerà inadeguata alla gravità della minaccia e alla fragilità della struttura che sta tentando di difendere. Essendo fallito il tentativo di proteggere il fragile sé, avrà luogo una fusione patologica tra la struttura del sé e la difesa (l'aggressione)” (Fonagy et al., 1993, p. 474). L'espressione del sé sarà quindi, soltanto la sua aggressività. Sempre secondo Fonagy, questo primo livello di distruttività priva di senso sarà globale, perché la percezione dell'oggetto come temibile e fragile al tempo stesso limita l'opportunità del bambino di

internalizzare un atteggiamento riflessivo o "intenzionale" (secondo la definizione dei teorici della mente) e questo deficit impedisce al bambino di contenere l'aggressività.

A questo livello l'aggressione non è sadica, in natura, perché manca la percezione dell'oggetto che soffre; l'aggressività è pervasiva e non contenuta. La versione psicopatologica adulta è nei quadri che Kernberg (1992, 1994) descrive sotto la definizione dei transfert psicopatici e in alcuni gravi quadri di narcisismo maligno (come, per esempio, nei pazienti con gravi tendenze antisociali o paranoidi). L'aggressività prende forma nella necessità di distruggere fisicamente l'oggetto (nell'omicidio) o il sé (nel suicidio quando il sé viene identificato con l'oggetto odiato/minaccioso e l'autoeliminazione è il solo modo di distruggerlo).

In questi casi rimane aperto il dibattito sulle ragioni della incapacità di tollerare l'intensità della rabbia. Per Kernberg (1994) l'intolleranza è l'espressione delle più profonde angosce di perdere l'oggetto d'amore, in origine la madre buona, messa in pericolo dalla distruttività e dall'odio che il paziente prova per le soggettive esperienze reali di dolore che la madre ha prodotto. Di qui le versioni più accentuate e primitive della proiezione e dell'identificazione proiettiva come tentativo estremo di preservare sia il sé che la madre buona.

Come avrò modo di precisare nel punto successivo, è bene chiarire fin d'ora che il processo adattivo di Fonagy intende queste forme primitive di aggressività come il fallimento della capacità di utilizzare l'aggressività come difesa. Il quesito - che più avanti si vedrà in particolare rispetto alla posizione di Kernberg, vicina, peraltro, a quella dei teorici degli "oggetti interni" - concerne il ruolo e la funzione dell'aggressività: è essa stessa una difesa o è l'oggetto rispetto al quale scattano le difese? Piuttosto che in alternativa, propongo di cogliere la complementarità delle due formulazioni: l'aggressività e, naturalmente, i suoi derivati possono essere l'elemento che costituisce la qualità della difesa e, in quanto tale, l'aggressività è difesa; per questo collegherei l'aggressività alla dimensione qualitativa della rabbia. L'aggressività è, però, anche ciò da cui difendersi e qui la collegherei più alla distruttività delle fantasie inerenti relazioni oggettuali centrate sull'odio, in particolare nelle sue forme più primitive.

2) La seconda ipotesi di Grossman, che direttamente si lega alle riflessioni, finora accennate, sulla prima, sostiene che il dolore e gli affetti dolorosi sono fonti di aggressività.

Ciò implica la possibilità di avere a disposizione una teoria degli affetti che ne spieghi genesi e funzioni, distinguendo tra rabbia e odio (Kernberg): la prima è un affetto di base la cui funzione è l'eliminazione della fonte di dolore (quindi di reazione secondaria ad una frustrazione) o di ciò che si frappone come barriera alla gratificazione o addirittura, di eliminazione dell'oggetto cattivo. Le teorizzazioni degli ultimi indirizzi che, come noto, privilegiano lo sviluppo delle relazioni oggettuali, hanno messo in crisi modelli che, come quello kleiniano, postulano l'immediata trasformazione di stati precoci di grave frustrazione nella produzione fantastica della madre cattiva (o dell'oggetto cattivo interno). Diversa, e più evoluta, è una qualità funzionale della rabbia che preserva la sopravvivenza, e non la distruzione, dell'oggetto, perseguendone però la sofferenza. Ad un livello ulteriore è il desiderio di procurare sofferenza all'oggetto cattivo che si trasforma nel progetto di mantenere un controllo su di esso al fine di evitare i timori di persecuzione e ritorsione.

Al contrario della rabbia, che ha le qualità della transitorietà, della immediatezza e della distruttività, l'odio ne rappresenta una struttura derivata, un affetto stabile, cronico e ancorato alla struttura caratteriale.

Riprendendo, dal punto di vista degli affetti, le note di Fonagy e della distruttività primitiva globale, Kernberg, seguendo Bion e proponendo una sua differenziazione diagnostico-strutturale, spiega la qualità delle forme primitive dell'odio. La necessità di difendersi dal potenziale primitivamente distruttivo. In altri termini la qualità della regolazione intrapsichica della aggressività si mostra, nella clinica, con la distruzione mediante acting out e, di particolare interesse, con la frammentazione dei processi cognitivi e della capacità di essere consapevoli di essi, "come se la mente non potesse contenere la consapevolezza di un'emozione dominante". Questo è il caso di una difesa che è al tempo stesso espressione dell'impulso verso il quale è diretta.

Dal punto di vista del sadomasochismo, la conseguenza più significativa è nel processo tramite il quale la rabbia si struttura nella stabilità dell'odio, ossia i processi di identificazione con l'oggetto odiato. Secondo Kernberg, "nella misura in cui la relazione oggettuale interiorizzata dominata dall'odio è quella di un sé impoverito, frustrato e sofferente in relazione ad un oggetto sadico, frustrante e dispettoso, l'identificazione inconscia sia con la vittima che con il carnefice porta con sé, una intensificazione della relazione reale con l'oggetto frustrante" (1994, p. 706); vale a dire che, nella relazione oggettuale, prevarranno sia fenomeni di dipendenza dall'oggetto odiato al fine di controllare, punire o trasformare in buono l'oggetto cattivo, che fenomeni di ripetizione della relazione con l'oggetto frustrante tramite inversione di ruolo in cui il sé, divenuto frustrante e dispettoso, maltratta l'oggetto sul quale è stata proiettata la rappresentazione di un sé impoverito e maltrattato.

Riprendo qui la distinzione, teorica in natura, tra la necessità di avere una difesa rispetto ai contenuti primitivi di odio e odio come difesa stessa. Se l'odio e l'aggressività vengono soddisfacentemente contenuti, permane il piacere che l'odio può fornire come affetto, per esempio nella gioia sadica di vedere l'oggetto soffrire ma sopravvivere, oppure di agire l'odio nella autofrustrazione o umiliazione, ma dimostrandosi capaci di sopravvivere e di cronicizzare la relazione sui binari della sofferenza e della frustrazione.

La tradizione psicoanalitica ha affrontato il fenomeno della inclinazione dei soggetti traumatizzati a ricreare situazioni relazionali in cui l'oggetto aveva il ruolo, nella realtà, di maltrattare e frustrare. La lettura clinica più descrittiva era quella del "padroneggiare" il trauma mediante la sua ripetizione. Nella teoria delle relazioni oggettuali interiorizzate il trauma come esperienza reale di un comportamento sadico da parte di un oggetto al tempo stesso necessario, temuto e inevitabile immediatamente cristallizza la reazione di rabbia in una di cronica ostilità verso l'oggetto sadico. L'ostilità e l'odio, a questo punto (in quanto evoluzione strutturata della rabbia) controllano e regolano la specificità delle relazioni oggettuali.

La prevalenza, come vediamo nelle patologie borderline, di una serie di operazioni difensive primitive come la scissione serve a mantenere vive, al tempo stesso, la strutturazione affettiva della rabbia e la possibilità di recuperare una relazione di amore. La prima la vediamo nella dominanza di una relazione oggettuale persecutoria in cui l'esperienza soggettiva del sé perseguitato emerge nelle tendenze paranoidi, nell'odio, nel sadismo e nella vendicatività cristallizzati e ego-sintonici, mentre la seconda la rileviamo nelle illusorie e dissociate idealizzazioni.

La ricerca empirica ha sottolineato come nei pazienti che hanno subito gravi abusi prevalga uno stile difensivo improntato alla "distorsione dell'immagine" (Perry, Herman 1993); il principio regolatore (seguendo quindi sia Grossman che Kernberg) diviene la necessità di preservare la rappresentazione interna di un oggetto buono e amarevole a fronte di esperienze affettive reali di grave dolore.

3) La terza ipotesi cui Grossman fa riferimento potrebbe essere riassunta nei termini cui ho fatto cenno all'inizio: che cosa trasforma un evento in trauma? Solo la capacità (o incapacità) di attribuire significati soggettivi all'evento, quindi la presenza di fattori psicologici.

Rispetto alla mole di ricerche che gli studiosi sui traumi psichici hanno prodotto, focalizzando l'attenzione sulle reazioni psicofisiologiche e biologiche, ci torna particolarmente utile soffermarci su un meccanismo difensivo adattivo dei soggetti traumatizzati. Mi riferisco alla ripetizione del trauma, cioè, al cercare e al ricostruire nella realtà situazioni in cui esiste una relazione tra un carnefice e la sua vittima. Van der Kolk (1989, 1994), in una prospettiva psicobiologica, coglie un importante nesso tra sistemi di attaccamento e alcuni meccanismi biologici cerebrali (come i sistemi cerebrali oppioidi e noradrenergici). La sua conclusione è che i pazienti, che subiscono profonde trascuratezze o violenze nel periodo infantile, richiedono, dal punto di vista biologico, una stimolazione esterna molto più alta del normale affinché si attivino quei sistemi oppioidi interni (al fine di produrre uno stato emotivo di tranquillizzazione) di quanto non necessitino individui i cui sistemi oppioidi possano essere attivati più facilmente da risposte condizionate fondate su esperienze affettive primitive positive con i *caretaker*. Questi pazienti neutralizzerebbero quindi la loro

tendenza ad una iperattivazione psicofisiologica attraverso una varietà di *addicted behavior*, che comprendono la ri-esposizione compulsiva a situazioni reminiscenti il trauma.

Se consideriamo l'ipotesi freudiana della ripetizione come "padroneggiamento" del trauma e della sofferenza, non pare che questi dati la confermino. Essi vanno piuttosto nella direzione delle proposte delle relazioni oggettuali (in senso lato): il trauma viene ripetuto, in prima istanza, al fine di creare tranquillizzazione. Secondo le ipotesi delle relazioni oggettuali, l'obbiettivo rimane quello di preservare la sopravvivenza di una relazione oggettuale, in modo che la reazione di rabbia alla frustrazione traumatica non si trasformi in incontenibile odio cronico che distrugga il mondo delle relazioni oggettuali.

Le teorie psicobiologiche del trauma non soddisfano però un'importante esigenza clinica, cioè, il fatto che identici traumi sono all'origine di quadri clinici profondamente diversi, con livelli molto articolati di diverso funzionamento. La psicoanalisi propone che l'elemento differenziante vada ricercato nella capacità di preservare la produzione di fantasie.

L'interesse, di cui le ipotesi traumatiche vanno arricchite, consiste nell'inserire l'esperienza legata al trauma nel contesto dello sviluppo, in modo particolare delle strutture che organizzano e regolano la vita mentale. Espressa in altri termini, il quesito è in che misura l'evento traumatico e la reazione affettiva da esso generata inquinano e distorcono la creazione di strutture. Particolare attenzione è rivolta alle istanze superegoiche, che sono quelle più implicate con la regolazione dell'aggressività. Kernberg (1994), ad esempio, sottolinea come l'abuso da incesto distrugga, simbolicamente, la confidenza del bambino nella relazione amorosa con il *caregiver* ed evochi un'esperienza di affetti aggressivi che, sotto l'impatto della colpa che vi si associa (per il nesso che lega la violazione alle proibizioni superegoiche alla invasione sessuale), convince la vittima della sua cattiveria interiore. Ma l'elemento di maggior spicco è che il Super-Io è costituito anche dagli elementi introiettati legati alla immagine paterna; nel momento in cui la figura paterna è anche l'esecutore dell'abuso, ne verrà distorto il processo costitutivo.

Nel lavoro clinico, indica Kernberg, tutte le vittime di incesto riattivano l'identificazione con la diade vittima-carnefice e inconsciamente tentano di riprodurre la situazione traumatica al fine di annullarla e di ricordare (e quindi mantenere viva nella mente) l'immagine dell'oggetto ideale al di là del persecutore. In osservanza alle ipotesi psicobiologiche, troverei qui unità di finalità nella misura in cui la sopravvivenza dell'oggetto ideale consente le funzioni di *soothing*, e quindi di capacità di autotranquillizzazione.

Dico questo perché mi pare si debba individuare una continuità tra la profondità distruttiva dei traumi, che, sovente, generano quadri di funzionamento molto primitivo, e le strutture psichiche e le funzioni dell'Io coinvolte, che giocano un ruolo nell'esito finale.

I fenomeni masochisti e sadomasochisti, quindi, si configurano più come "problemi dello sviluppo e della gestione della aggressività in rapporto agli attaccamenti eterosessuali e allo sviluppo delle strutture psichiche" (Grossman), che non come specifici livelli di funzionamento legati ad altrettanti specifici momenti dello sviluppo.

La possibilità diagnostica

Le spinte teoriche hanno segnato una direzione, hanno percorso il cammino di intendere la patologia più nella organizzazione caratterologica che non nelle deviazioni di sintomi e comportamenti a derivazione psicosessuale.

Le note sui fenomeni masochisti hanno sempre meno affrontato, almeno prioritariamente, gli elementi della perversione sessuale attestandosi, al contrario, sulle stabilità delle dinamiche centrate sulla tenace ed indomita ricerca di sofferenza e di un oggetto in grado di adeguarvisi.

Seguirò lo sforzo di alcuni autori (Malenon in Panel, 1991, Kernberg, 1992, Simons, 1987, Stone, 1993) che propongono uno spettro clinico che comprende due grandi entità: la prima è quella della personalità depressivo-masochista (che è una più articolata versione del masochismo morale), mentre la seconda è quella della personalità sado-masochista, la cui organizzazione riflette equilibri di tipo borderline.

La patologia delle personalità depressivo-masochiste è centrata sulla angoscia legata alla colpa, denotando, quindi, un livello di funzionamento di alto livello (o nevrotico) centrato sulla interna conflittualità tra strutture ben articolate e fondata prevalentemente su temi edipici. Questi pazienti mostrano al tempo stesso una forte dedizione al dovere e alla esecuzione di compiti e un inconscio bisogno di autodenigrarsi che li porta alla spasmodica dipendenza dal riconoscimento da parte dell'oggetto; in modo particolare il loro tratto distintivo (che ha la qualità della formazione reattiva) è l'inibizione della aggressività. La loro sottomissione li porta ad una esperienza soggettiva piuttosto articolata in cui sono attivi tanto il desiderio, attivamente perseguito, di raggiungere l'obiettivo dell'amore dell'oggetto quanto l'esito inevitabile dell'insuccesso. "Idealizzazione dell'infelicità" o "annientamento da successo" sono termini con i quali li si è definiti per il loro modo di reagire con depressione o sottomissione ai torti che subiscono. Il deficit nella gestione dell'aggressività non implica la sua assenza: quando l'inibizione fallisce, l'aggressività esplose in *acting out* o atteggiamenti esplicitamente distruttivi, come vediamo nelle reazioni di "attacchi giustificati" nei confronti di chi non concede il riconoscimento atteso o nelle varie forme di reazione terapeutica negativa.

In questa luce le ricerche dei Novick (Novick, J., Novick, K., 1991) hanno fornito significativi contributi sia rilevando il perseguire attivamente il dolore, l'umiliazione e la sofferenza sia fisica che psichica, al servizio delle funzioni adattive, difensive e di gratificazione pulsionale, sia rilevando che non esiste uno specifico *developmental pathway*, quanto piuttosto che aspetti dinamici del genere possono permeare qualsiasi fase dello sviluppo. L'indagine clinica portò gli autori ad attribuire ai loro pazienti masochisti la presenza, generalizzabile, di una fantasia "delirante" di onnipotenza. La loro convinzione era che solamente loro stessi erano tanto potenti da inibire i loro impulsi e ciò solamente ricorrendo a gravi misure masochiste come l'uccisione dei propri sentimenti o la provocazione di attacchi esterni o il pericolo di vita nel quale si infilavano. Il senso di questa fantasia onnipotente è direttamente legato alla esperienza infantile che lega il legame affettivo con oggetti significativi ad esperienze soggettive di dolore e frustrazione dei legami di attaccamento positivi. Dal momento che a questo si accompagna l'esperienza di impotenza derivante dalla consapevolezza di non avere il controllo sul proprio corpo, le reazioni aggressive di rabbia fanno sentire il bambino difensivamente e onnipotentemente responsabile della collera, della inadeguatezza e del dolore della madre e, poiché la madre è sentita come chi padroneggia il corpo e la mente del bambino, gli attacchi al sé diventano una potente arma per attaccare l'oggetto che produce sofferenza, cioè, la madre. Il legame affettivo deve quindi essere mantenuto ansiosamente per garantire questo adattamento onnipotente.

Cooper (1989) è forse l'autore che meglio ha evidenziato la funzione difensivo-adattiva dei fenomeni masochisti, che vengono avvicinati, nella loro genesi, a traversie dello sviluppo narcisistico. Anche secondo Cooper vi è una quota di esperienze di dolore, nello sviluppo di questi pazienti, che trascende quel tipo di dolore (nel senso di frustrazione ottimale) che promuove la auto-assertività e favorisce il processo di separazione-individuazione. Di fronte a esperienze paralizzanti e umilianti il bambino distorce la natura dell'esperienza e, piuttosto che fare fronte allo stato di impotenza, trasforma il dolore in esperienza ego-sintonica. Il sé, incapace di generare esperienze di gratificazione e soddisfacimento improntate alla auto-assertività, impara a collegare lo stato di gratificazione all'esperienza di dolore e delusione. Queste difese, di tipo masochisto-narcisistiche, non servono a garantire una riunione fantasticata con l'oggetto d'amore, quanto realizzare il controllo fantasticato su un oggetto materno crudele e distruttivo.

Vale la pena sottolineare che, secondo Cooper, il piacere non sessuale, ma pre-edipico *in natura*, consiste nell'orgoglio di una più soddisfacente rappresentazione del sé. È il piacere di una funzione dell'Io, la regolazione dell'autostima.

Berliner (1958) aveva già affrontato il tema dell'aggressività nel masochismo, individuando il nesso tra questa e la natura del legame (nel senso di preservazione) con l'oggetto d'amore. L'ostilità è il residuo della reazione alla sofferenza, subita da parte dell'oggetto d'amore. La difesa rispetto a questo sentimento non è, in sé, masochismo; perché lo diventi bisogna spiegare un passo successivo, cioè il tentativo di salvare l'oggetto d'amore tramite la sofferenza. Più importante è, perciò, l'aggressione al servizio del masochistico bisogno d'amore. Il masochista cerca il dolore perché la sofferenza gli dà un sentimento di essere più meritevole d'amore e quindi è, in sé, una gratificazione narcisistica.

Un paziente, di circa quarant'anni, mi fu inviato da un collega che lo seguiva farmacologicamente per episodi depressivi maggiori ricorrenti, che rispondevano con scarso successo ai farmaci, verso i quali mostrava una strana sensibilità. Quest'uomo, dirigente amministrativo in un ente pubblico, era una persona di alto livello intellettuale, di grande dedizione al lavoro e all'ideologia dell'ente cui apparteneva. Si ripeteva in lui lo stesso ciclo: all'inizio di un nuovo lavoro era estremamente attivo, dedito, idealizzava uno dei superiori e viveva uno stato di benessere, in cui si sentiva protetto, gratificato e, in fantasia, pensava di ricevere elementi di forza e stabilità futura. Regolarmente iniziavano difficoltà, più esplicitamente attribuite ad un senso soggettivo di incapacità ed inadeguatezza, ma, ad un livello appena inferiore, comparivano critiche ai superiori che non riconoscevano i suoi meriti. Questa fase tendeva ad amplificarsi, aumentava la sofferenza (chiaramente permeata di odio, che il paziente ammetteva soltanto nelle situazioni in cui la frustrazione era innegabile e la sua indignazione totalmente giustificata) e, al tempo stesso, cresceva il senso di inadeguatezza che giungeva anche a idee di riferimento. A questo punto esplodeva la grave depressione che lo costringeva alla totale inabilitazione e, una volta terminata, alla considerazione che doveva cambiare ambiente di lavoro, cosa che si verificava.

Il paziente era sposato con una donna molto presente nel fornirgli l'aiuto di cui aveva bisogno; la totale oblatività di questa donna non era meno stupefacente della totale assenza, nel paziente, del timore che ella potesse stancarsi di una vita così difficile. I suoi rapporti erano ambivalenti e, apparentemente, idealizzati. In modo particolare ai superiori riconosceva, con gratitudine, la tolleranza per le sue depressioni e i periodi di crisi, ma, d'altro lato, si sentiva impotente e sfruttato dalle loro richieste ed esigenze di una totale dedizione al lavoro. In modo particolare nei confronti di un autorevole professore, nutriva una profonda ammirazione, notava che gli sforzi per guadagnarsene la stima avevano successo, gliene era grato e ciò gli dava benessere. Questa esperienza soggettiva mancava però di stabilità e continuità, avvertiva che da lui si pretendeva sempre di più (non riusciva a rendere distonica questa visione) e, al tempo stesso, sentiva di non farcela a soddisfare le richieste di questa persona. L'amore dell'oggetto era un miraggio che lui vedeva, ma ogni sforzo di raggiungerlo falliva, la rabbia cresceva e, con la sua finale depressione, riusciva a dirigerla contro di sé. Nella depressione, marcata da una grave inabilitazione funzionale che giungeva alla paralisi, vi erano sottostanti fantasie inerenti l'inibizione di un profondo rancore per non avere ottenuto ciò che si era illuso di poter ricevere.

La sua infanzia era stata particolarmente difficile non tanto per la presenza di gravi traumi, quanto per una sorta di esperienza soggettiva cronicizzata, che lui mi fece percepire e di cui era soltanto parzialmente conscio, di essere una persona che non poteva ambire ad un futuro di successo e di felicità. Tanto l'infanzia quanto l'adolescenza erano state caratterizzate da una, pressoché, totale assenza di entusiasmo o partecipazione da parte dei genitori, alle iniziative o attività del figlio, il quale ben presto confuse l'esperienza di un sé assertivo e solido con la grandiosità dei progetti che intraprendeva. Era infatti riuscito a portare a termine gli studi con grande difficoltà e la gratificazione e l'entusiasmo per le scelte e i progetti venivano regolarmente distrutti dal senso di sentirsi fuori posto o che lui non avrebbe dovuto nutrire certe ambizioni. La madre, in

particolare, nutriva sentimenti religiosi che sfociavano nella paranoia: era membro di una setta e considerava la malattia del figlio come una specie di possessione demoniaca. Per quanto comportamenti come il gettare sale in casa del figlio quando questi era assente, avvenissero soltanto nella fase adulta, la mia ricostruzione anamnestica portò alla conclusione che l'immagine di lui come posseduto da un possibile demone del male rappresentasse un'immagine di sé presente dall'infanzia. Non si era mai sentito accettato dal gruppo dei pari. La sua spiegazione, valida allora e considerata adeguata anche oggi, era che non poteva essere accettato perché non proveniva da una famiglia socialmente importante del paese. Uno dei più intensi ricordi infantili si riferiva a quando aveva otto anni: in preda ad un'ansia della quale non individuava la ragione, era fuggito da scuola ed era tornato dalla madre, con la richiesta di rimanere con lei, come se avesse bisogno di essere protetto da un pericolo. La madre non aveva colto lo stato di profondo disagio e lo aveva ricondotto immediatamente a scuola. L'effetto ansiolitico fu prodotto dal maestro che aveva capito il senso dell'angoscia del paziente e gli disse che lui era accettato dai compagni più di quanto non pensasse. L'intervento produsse immediato sollievo. Nel rievocare l'episodio non prese corpo soltanto il senso di inadeguatezza, ma anche il gesto di rifiuto della madre ad accettare la sua sofferenza e, più sottilmente, la consapevolezza che ella provasse una sorta di piacere nel riportarlo nell'ambiente da cui era fuggito.

La formazione reattiva, difensiva e adattiva rispetto all'angoscia di non poter essere accettato assunse i caratteri di un alto livello di prestazioni sociali, in particolare scolastiche. Le difficoltà interpersonali venivano così compensate da eccellenti risultati nello studio e dal costante ruolo di primo della classe.

I sintomi esplosero alla fine dell'Università. La sua spiegazione era che, in lui, vi era sempre stata la convinzione che gli studi universitari avrebbero fornito la "conoscenza". Con questo termine indicava il reale sapere le cose, ma anche, più implicitamente, vi attribuiva il significato di produrre quella tranquillità e protezione interiore derivata dal possedere qualcosa di inattaccabile, che gli avrebbe permesso di reggere le situazioni interpersonali senza doversi sentire frustrato per non essere riuscito a raggiungere il sostegno e l'ammirazione di coloro da cui dipendeva. Al tempo stesso la "conoscenza" rappresentava una parte ideale ed estremamente "buona" di sé, una parte che gli avrebbe garantito autostima, ammirazione e accettazione dagli altri.

Aveva scelto studi di economia politica, in una sede prestigiosa ma lontana dalla città; era riuscito a portarli a termine al prezzo di gravi sacrifici economici, di immensi sforzi di dedizione allo studio e in un'atmosfera di svalutazione familiare, giacché i genitori non soltanto non riconoscevano né ammiravano i suoi sforzi, ma nemmeno valorizzavano i risultati o condividevano con lui il valore che egli attribuiva allo studio e alla conoscenza. I genitori pensavano che nutrisse ambizioni troppo elevate rispetto alle capacità (in qualche modo essi colludevano con la sua visione infantile, che non poteva essere accettato in quanto proveniva da una famiglia modesta e che, soprattutto, questa realtà era immodificabile). Una volta raggiunta la consapevolezza che l'Università non avrebbe svolto la funzione di fornirgli "conoscenza", iniziarono i sintomi depressivi e le difficoltà.

Nella relazione terapeutica, che sopravvisse un paio di anni, il paziente mise in atto il disegno inconscio di essere il mio paziente interessante; era apparentemente sottomesso e si concedeva con interesse intellettuale alla terapia. Il fallimento della terapia iniziò probabilmente con la mia sottovalutazione di una sua offerta, cioè, di vederlo con la moglie, perché lei stessa avrebbe potuto fornirmi molte informazioni. Alla mia risposta che avremmo potuto trarre più beneficio dalle informazioni che venivano direttamente da lui, secondo i tempi e i modi della sua esperienza soggettiva in terapia, il paziente si adeguò prontamente.

Il lavoro terapeutico non produsse significativi mutamenti. Il mio senso di impotenza si accompagnava alla percezione della sua sofferenza e al senso di minaccia nel rapporto con me *con il quale empatizzavo*, del quale lui era solo parzialmente consapevole. La mia lettura della situazione clinica era che, ad un livello più superficiale, il paziente dovesse vivere uno stato di superficiale alleanza/sottomissione che gli garantiva la mia benevolenza. Per fare questo utilizzava potenziali "comuni nemici" (tipo la psichiatria biologica, di cui

era informatissimo, e l'immotivata, a suo dire, aggressione culturale di cui la psicoanalisi era oggetto). Questa difesa copriva l'ambivalenza verso un oggetto dal quale desiderava essere aiutato, ma che viveva come potenzialmente troppo minaccioso (e in questo senso entravano angosce omosessuali) quindi da controllare. Per mantenere un'alta considerazione di me (idealizzarmi come il suo capo) e rivivere la speranza di avere una "conoscenza" (cioè, la guarigione) doveva pagare il prezzo di sentirsi inadeguato a soddisfare le mie aspettative e per di più si sarebbe anche sentito sfruttato; se invece avesse accettato (come succedeva con il padre) di non poter ambire ad alti risultati e di adeguarsi al proprio basso stato (come nella esperienza infantile), allora avrebbe pagato il prezzo del non essere considerato né amato.

Al livello più profondo credo vi fosse il "delirio di onnipotenza" (Novick J., Novick K., 1991) che, nel paziente, prendeva la forma della identificazione con un sé malato e demoniaco rifiutato da una madre che doveva mettersi in salvo da lui. In questa visione consideravo la depressione come la risposta aggressiva che usciva dal suo controllo e, al tempo stesso, come l'unica possibilità di essere accudito senza dover subire ritorsioni.

La prevalenza dell'organizzazione difensiva si manifestò nella provocazione dell'attacco. In una fase, per me di grande significatività, in cui, a partire dal tema esplicito della difficoltà di venire in seduta nei periodi di benessere, stavano emergendo indicazioni sul timore di essere sfruttato dalle mie pretese e al tempo stesso deluso dalle promesse non mantenute (perché lo rifiutavo profondamente), prese anche consistenza l'identificazione con il ruolo di vittima.

Alla fine di una fase depressiva, in cui, come sempre, la sua totale inabilitazione lo costringeva a interrompere la terapia, esplose la conflittualità, questa volta direttamente agita, da parte della moglie. Tutti i contenuti aggressivi verso me e la terapia furono fatti propri dalla moglie che, dietro la valutazione della inutilità di un trattamento "che scavava nel passato mentre, al contrario, la guarigione stava nel rivolgersi al futuro", aveva convinto il paziente ad interrompere le sedute. La mia autostima non fu ferita dal fatto che nella formulazione potessi individuare una critica tecnica; essendo io quasi fobicamente attento, per scelta teorica, alla *genetic fallacy*, sapevo bene di non essermi rivolto precocemente al materiale genetico. Avevo, invece, sottovalutato il pericolo con il quale il paziente percepiva qualsiasi maturazione affettiva, che faceva emergere la sua aggressività.

Nelle personalità sadomasochiste, invece, il problema è diverso. Questi pazienti, che funzionano ad un livello borderline, alternano atteggiamenti autoavvilenti, autodenigranti e automutilanti ad attacchi sadici verso gli stessi oggetti di cui sentono di aver bisogno e con i quali si sentono profondamente coinvolti (Kernberg, 1992). Sono capaci di profondi investimenti emotivi e si avvinghiano disperatamente, ostinatamente e rabbiosamente agli oggetti di cui sentono il bisogno. È clamoroso come i conflitti di tipo edipico si confondano con temi preedipici ed è pervasiva la dipendenza interiore da un oggetto materno sadico e controllante. Mostrano una patologia dell'aggressività più vicina alle vicissitudini degli affetti di odio di cui ho parlato sopra; in particolare essi mostrano l'incapacità evolutiva di costituire un Super-Io integrato, in grado di gestire l'aggressività, mostrando al contrario una struttura più primitiva, distorta e infarcita soltanto dei precursori sadici. Questi pazienti, nella cui anamnesi è molto più spesso presente una reale esperienza traumatica, non hanno problemi nella espressione dell'aggressività, anzi sono gli *help-rejecting complainer* e i provocatori di attacchi sadici da parte dell'oggetto. I loro atteggiamenti autodistruttivi hanno un doppio carattere: a volte è il tentativo inconscio di ristabilire il controllo sull'ambiente evocando sensi di colpa negli altri, dai quali i pazienti ricevono attenzione e cura che essi scambiano per surrogati di amore. Altre volte sono, alla stregua dei fenomeni di narcisismo maligno, più freddi e distaccati negli atti violenti: ritrovano qui la grandiosità patologica che serve a compensare la frustrazione e l'incapacità di padroneggiare l'oggetto, esperienza questa di umiliazione intollerabile. Il trionfo sulla paura del dolore, sulla morte e sull'oggetto, che può soltanto spaventarsi di fronte a tale irresponsabile audacia, contribuisce a garantire uno

stato di equilibrio e di supremazia su un mondo oggettuale percepito come potente, nemico e pieno di cattive intenzioni.

Una paziente trentenne, gravemente borderline al momento in cui entrò in terapia, giunse alla consapevolezza che l'unico possibile ideale di vita era quello di essere devotamente amata da un uomo che avrebbe dovuto essere ricco e anziano, al quale lei, in riconoscenza, avrebbe offerto l'unico patrimonio di cui disponeva: la bellezza di cui lei, di questo era sicura, avrebbe saputo prendersi cura. Nulla di più della bellezza perché era convinta di essere poco più che scema, non affidabile e incapace di mantenere con continuità qualsiasi lavoro o mansione. Questa donna non solo aggrediva sistematicamente ogni possibilità di successo personale, come le esperienze di lavoro, ma anche le opportunità di crescita personale: per quanto perspicace, rifiutava (ma solo apparentemente, perché, in realtà aveva più il senso di una autoprivazione) di informarsi sulle vicende del mondo o di coltivare qualsiasi altro interesse. In sostanza, aveva deciso di condannarsi alla ottusità e alla piattezza. Provava invidia, oltre che stima, per chi riusciva ad essere attivo nella vita e ne coglieva i valori di amore e considerazione per gli altri. Soltanto era triste, ma anche rassegnata perché a lei mancavano gli strumenti.

Una base familiare per tutto questo era facilmente evidenziabile: oltre ad una madre depressa ed emotivamente assente, vi era un padre (materno) con il quale il rapporto era stato estremamente intimo, lasciando l'impressione di una forte dimensione sensualizzata (seppure, come sembra, mai agita). Con questa figura di rilievo si alternarono fasi di grande sintonia, non soltanto affettiva ma anche di progetti e opportunità, a fasi in cui questi si distaccava profondamente (per l'oppressione dei sensi di colpa, secondo la mia visione).

Con l'adolescenza iniziarono i comportamenti fortemente disadattivi, sempre caratterizzati dalla ostentazione, dalla ribellione e da una infantile sessualizzazione. Agli anni della esplosività più tipicamente borderline, fece seguito, cosa più rilevante al nostro discorso, una stabilizzazione in cui la paziente viveva, in un ciclico ripetersi di fantasie, di poter essere accudita al prezzo della stupidità, ma anche, poco alla volta, di potersi prendere cura di sé ed essere stimata (quindi amata in senso più maturo). L'emergere della consapevolezza del desiderio di essere stimata la terrorizzava e, ben presto, prese corpo il dilemma che legava la sua sofferenza (l'essere malata, incapace, cronica e via dicendo) al benessere che lei percepiva nel padre, la cui rappresentazione si fece più chiara in lei comprendendo sia aspetti di insicurezza sia il bisogno, al fine di garantire a se stesso un minimo benessere, di essere indispensabile per la figlia, di cui letteralmente si sentiva costretto a prendersi cura, perché cronicamente malata e senza speranza di guarigione. Nella sua presunta incapacità la figlia realizzava, nel mantenere il dolore e l'impotenza, la fantasia onnipotente di essere la salvatrice del padre debole. Il tema edipico, in base al quale dovremmo spiegare la sofferenza della paziente con l'angoscia di colpa, è, a mio avviso, solo descrittivamente primario; prevale un'angoscia più primitiva, gestita con modalità di funzionamento di tipo borderline, in base alle quali la paziente esercita un controllo primitivamente onnipotente per prevenire la perdita dell'oggetto.

Il fenomeno potrebbe essere letto, quindi, nei termini di un conflitto edipico che viene vissuto e risolto con strumenti preedipici o, in altri termini, si può affermare che, come sostiene Kernberg (1975), questa paziente è giunta alla fase edipica con i danni delle fasi precedenti, dipanatesi in modo inadeguato. Nella vita affettiva attuale la paziente viveva una relazione profondamente disturbata: aveva un ragazzo dal quale pretendeva presenza fisica e sul quale esercitava un costante potere di controllo. Si badi, non controllo affettivo, come potrebbe essere la conferma di essere amata e non tradita, bensì controllo fisico, cioè, presenza. Lui doveva passare con lei tutto il suo tempo e, quando tentava di starsene un po' per conto proprio veniva attaccato con violenza; lo ricattava con tentativi di suicidio, atti impulsivi e gesti senza coscienza del pericolo. Era consapevole tanto di non amarlo quanto di non essere profondamente amata, ma amare era un lusso che la sua fragilità non le concedeva; a darle benessere non erano le manifestazioni, peraltro scarse e ridicibili alle richieste sessuali, di considerazione, bensì riuscire a renderlo presente. Per converso, una

volta riuscita in questo scopo, si sottometteva a trattamenti sadici estremamente dolorosi, in particolare una sessualità nella quale il partner era francamente aggressivo e svalutante. Questi era arrivato a costringerla a frequentare un locale in cui si agiva la promiscuità, lo scambio di coppie e gli atti sessuali in pubblico. Così come il senso di trionfo era manifesto nel momento in cui realizzava la coercizione che sottoponeva l'oggetto alla sua mercé, vi era un senso di onnipotenza anche nella sua sottomissione alle imposizioni svalutanti e frustranti del fidanzato. Paradossalmente, la realizzazione di sé, era molto più presente negli aspetti masochisti (occasioni nelle quali era molto meno angosciata). La sua sottomissione (sia nel ruolo di salvatrice nel quale il padre l'aveva costretta, che nella sessualità priva di piacere alla quale si concedeva con il fidanzato) sacrificava, questo è vero, un'immagine ideale di sé, meritevole di amore, ma il senso di potenza e di controllo erano estremamente forti e gratificanti: non l'amore dell'oggetto, ma il possesso e il controllo dell'oggetto erano indispensabili. Al contrario, il dolore esplodeva soltanto quando il controllo era frustrato e l'oggetto usciva dall'orbita del suo potere. In questi momenti, il controllo veniva esercitato con il controllo, il potere, lo svilimento e il dolore sul suo corpo: in particolare, prendeva la forma, piuttosto tipica, della voracità alimentare e del piacere nel recuperare la segretezza e il suo totale controllo del vomitare.

BIBLIOGRAFIA

- Berliner B. (1958) *The role of object relations in moral masochism* in Fitzpatrick Hanly M.A. *Essential papers on masochism* New York University Press, New York, 1995.
- Brenner C. (1959) *The masochistic character: genesis and treatment* J.A.P.A., 7, pp. 197-226.
- Cooper A. (1989) *The narcissistic-masochistic character* in Lax R. *Essential papers on character neurosis and treatment* New York University Press, New York.
- Fitzpatrick Hanly M.A. (1995) *Essential papers on masochism* New York University Press, New York.
- Fonagy P. (1991) *Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient* Int. J. Psychoanal., 72, pp. 639-656.
- Fonagy P. Moran G.S. Target M. (1993) *Aggression and the psychological self* Int. J. Psychoanal., 74, pp. 471-486.
- Freiberg S. (1987) *Selected writings* Columbus Ohio State University.
- Freud S. (1919) *Un bambino viene picchiato* tr. it., OSF, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1921) *Al di là del principio del piacere* tr. it., OSF, vol. IX, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1924) *Il problema economico nel masochismo* tr. it., OSF, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino.
- Grossman W.I. (1991) *Pain, aggression, fantasy and the concepts of sadomasochism* The Psychoanalyt. Quart., 60, pp. 22-52.
- Kernberg O. (1992) *Aggression in Personality Disorders and Perversions* Yale University Press, New Haven.
- Kernberg O. (1994) *Aggression, trauma and hatred in the treatment of borderline patients* Psychiat. Clinics of North America, 4, pp. 701-714.
- Laplanche J. (1976) *Aggressiveness and sadomasochism* in Fitzpatrick Hanly, M.A. *Essential papers on masochism* New York University Press, New York, 1995.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1967) *Enciclopedia della psicanalisi* trad. it, Laterza, Bari, 1968.
- Lichtenberg J.D. (1989) *Psicoanalisi e sistemi motivazionali* trad. it., Cortina, Milano, 1995.
- Loewenstein R.M. (1957) *A contribution to the psychoanalytic theory of masochism* J.A.P.A., 5, pp. 197-234.
- Nacht S. (1965) *Le masochism. Introduction* in Fitzpatrick Hanly, M.A. *Essential papers on masochism* New York University Press, New York, 1995.
- Novick J., Novick K. (1991) *Some comments on masochism and delusion of omnipotence from a developmental perspective* J.A.P.A., 39, pp. 307-332.
- Panel (1985) *Sadomasochism in children* American Psychoanalytic Association.
- Panel (1991) *Sadism and masochism in character disorder and resistance* J.A.P.A., 39, pp. 215-226.
- Perry C. J., Herman J.L. (1993) *I traumi e le difese nell'eziologia del disturbo borderline di personalità* in Paris J. *Il disturbo borderline di personalità* trad. it., Milano, Cortina, 1993.
- Simons R.C. (1987) *Psychoanalytic contributions to psychiatric nosology: forms of masochistic behavior* J.A.P.A., 35, pp. 583-608.
- Stern D.N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino* tr. it., Bollati Boringhieri, 1990, Torino.
- Stone M. (1993) *Abnormality of personality* W.W.Norton, New York.

- Van der Kolk B. (1989) *The compulsion to repeat the trauma* Psychiat. Clin. of North America, 2, pp. 389-411.
- Van der Kolk B. (1994) *Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation* Bull. of the Menninger Clinic., 2, pp. 145-168.
- Winnicott D.W. (1974) *Playing and reality* Penguin Books.