

Fabiano Bassi¹

Ricerca Psicoanalitica, 2005, Anno XVI, n. 1, pp. 53-82.

Le perversioni: modelli teorici a confronto²

SOMMARIO

L'A. passa in rassegna i diversi modelli teorici che, a partire da Freud, sono stati utilizzati per la comprensione teorica e clinica delle perversioni. Oltre alle posizioni freudiane, vengono passate in rassegna quelle proposte dalla Klein, dagli autori della scuola francese, da Kernberg, dalla psicologia del Sé e da Ogden: in forma più sintetica, vengono poi offerte le posizioni di diversi altri autori più recenti. Il personale punto di vista dell'A. è che i modelli classici, centrati sul ruolo del conflitto nella genesi delle perversioni, abbiano un indiscutibile valore storico, ma che nel lavoro clinico col paziente possa risultare molto più utile affrontare i comportamenti perversi riportandoli all'interno della matrice relazionale del funzionamento del paziente, compresi gli aspetti che si sviluppano all'interno della relazione terapeutica.

SUMMARY

Theoretical models on perversions: a confrontation

The author reconsiders the different theoretical models that, from Freud on, have been employed to understand perversions both on a theoretical and on a clinical basis. Besides Freud's position, he studies the perspectives introduced by M. Klein, the French school, Kernberg, Self Psychology, and Ogden: more synthetically, the points of view of a number of contemporary scholars are offered. The author's point of view is that classical positions, focused upon the role of the conflict in the genesis of perversions, have an indisputable historical value, but that in the clinical work with perverse patients it may be definitely more useful to deal with perverse behaviors bringing them back to the relational matrix of the patient's psychological functioning, included the relational aspects that develop within the therapeutic relationship.

Le perversioni sembrano essere diventate un'espressione psicopatologica di grande moda in questo scorcio iniziale del nuovo millennio: presentate al volgo da un numero sempre crescente di contributi della letteratura e della cinematografia, anche di ottimo livello (basti pensare a *Il silenzio degli innocenti*), ostentate dai giovani della porta accanto in una serie di comportamenti (dal *piercing*, alla prepotente liberalizzazione nell'uso delle sostanze psicotrope) che avrebbero fatto impallidire qualsiasi cittadino non più di trent'anni fa, corteggiate e alimentate dai creatori di moda e di "nuove culture", le condotte in odore più o meno forte di perversione hanno finito in questi ultimi anni per invadere in modo così capillare la nostra quotidianità da aver prodotto un assottigliamento assai marcato del confine tra comportamenti perversi e libere scelte di stile da parte del singolo individuo e da aver spinto la psicodiagnostica a suggerire

¹ Psichiatra, psicoterapeuta; membro del Seminario Internazionale di Psicoterapia e Scienze Umane.

² Questo testo si basa sul contenuto di una relazione tenuta al convegno "Le perversioni nella teoria e nella pratica clinica" presso il Centro di Psicoanalisi della Relazione di Milano il 31 gennaio 2004.

la liquidazione del concetto stesso di “perversione”, troppo connotato di accezioni legate alla psicopatologia in un mondo che cambia la pelle così rapidamente, a favore del concetto di “parafilia”, col quale si deve intendere, secondo il DSM-III-R, “l’eccitamento in risposta a qualche oggetto o situazione sessuale che non fa parte dei normali modelli di attività finalizzate all’eccitamento sessuale e che in misura variabile può interferire con la capacità di instaurare attività sessuali affettuose e reciproche”, dove la scelta dell’aggettivo “normale” non risolve certo il problema della diagnosi differenziale tra condotte parafiliche e non.

Al di là di questa diffusione così sistematica delle perversioni al campo di ricerca di scienze umane quali l’antropologia e la sociologia, la psicoanalisi e le discipline ad essa collegate ritengono di continuare ad avere qualcosa da dire su queste manifestazioni, sebbene, in perfetta sintonia con il destino che ha caratterizzato lo sviluppo del nostro campo da cent’anni a questa parte, il modo in cui le diverse scuole e i diversi punti di vista si sono andati differenziando su questo tema col passare del tempo ha portato alla delineazione di una serie di prospettive piuttosto diversificate per la comprensione delle dinamiche di queste forme e del loro trattamento. La mia impressione, anzi, è che l’esame del modo in cui sono andati cambiando i punti di vista psicoanalitici sulle perversioni possa costituire un’ottima occasione per studiare le modificazioni teoriche e tecniche intervenute nel nostro campo dall’epoca della sua nascita ai giorni nostri, oltre che una buona occasione per rifare il punto sui differenti contributi che sono stati via via offerti per la definizione di queste forme.

L’obiettivo di questo mio lavoro è dunque quello di presentare una carrellata storica sui vari modelli teorici che sono stati utilizzati ai fini della comprensione delle condotte perverse, a partire da Freud per procedere, su su, fino agli autori contemporanei; svolgendo questa carrellata, spero di riuscire a mostrare al lettore alcune cose sui movimenti epistemologici avvenuti all’interno della nostra disciplina oltre che su alcune importanti modificazioni tecniche che l’hanno contraddistinta. Concluderò poi presentando alcune considerazioni personali sul modo in cui mi pare sia possibile intendere oggi, da un punto di vista psicoterapeutico, il nostro lavoro con i tanti pazienti che, in misura più o meno marcata, ci presentano qualche tratto perverso nel loro funzionamento psichico.

Freud e la Psicologia dell’Io

Come succede sempre nel nostro campo, la storia delle posizioni psicoanalitiche sulle perversioni comincia con Sigmund Freud, che si occupa per la prima volta di queste forme nei suoi *Tre saggi sulla teoria sessuale* (Freud, 1905). Va detto - e, anzi, questo è un punto assai rilevante - che la psichiatria di fine Ottocento aveva già cominciato a occuparsi in modo massiccio di queste forme, alle quali diversi studiosi, tra i quali i più celebri sono Krafft-Ebing e Havelock Ellis, aveva dedicato lunghi studi e ponderosi volumi, mossi, con uno stile tipico della psichiatria ottocentesca, dalla speranza di definire un “tipo perverso” dalle caratteristiche facilmente riconoscibili e diagnosticabili, il cui profilo è andato poi allungandosi sulla figura dello “psicopatico”, incapace peraltro di sopravvivere al trascorrere del tempo e intesa oggi in termini del tutto differenti.

Il primo interesse di Freud nei confronti della sfera delle perversioni è di tipo descrittivo: nei suoi *Tre saggi*, egli presenta il quadro delle perversioni da un punto di vista clinico-diagnostico, distinguendo tali condotte in un modello bipartito: 1) da un lato, esistono le perversioni in quanto *deviazioni rispetto all’oggetto sessuale*, tra le quali rientrano l’omosessualità e la zoofilia; 2) dall’altro, esistono le perversioni in quanto *deviazioni rispetto alla meta sessuale*, tra le quali rientrano: a) le prevaricazioni anatomiche (coito orale, coito anale e feticismo); e b) le fissazioni di mete sessuali provvisorie (voyerismo, sadismo e masochismo). Ci colpisce subito, in termini socio-culturali, l’impossibilità per noi osservatori odierni di considerare “deviazioni” comportamenti quali l’omosessualità, il coito orale e anale, ecc.; da questo punto di vista, il prezzo pagato da queste considerazioni al trascorrere di un secolo dal momento della loro stesura è davvero alto. Nei *Tre saggi*, inoltre, Freud introduce per la prima volta un concetto della massima importanza nell’economia del suo modello della psicologia evolutiva, un concetto, questo invece sì, capace di resistere agli attacchi del tempo e di costituire una delle tante intuizioni che rendono geniale il contributo freudiano: si tratta del concetto di *sessualità perversa polimorfa infantile*, col quale Freud

intende descrivere la tendenza del bambino a sentirsi totalmente libero di sperimentare e di agire la propria sessualità nascente, dotata per l'appunto di caratteri perversi in modo polimorfo.

Da questo punto di vista, ci dice Freud in una delle sue numerose celebri affermazioni, il bambino è l'inverso del nevrotico e la sua sessualità perversa polimorfa è l'inverso della sessualità inibita e frustrata dell'adulto affetto da nevrosi. Si noti anche l'importanza che per Freud veniva a rivestire lo studio delle perversioni: in esse, infatti, egli riusciva finalmente a individuare un ancoraggio clinico, già conosciuto e studiato dalla psichiatria, che si prestava assai bene a essere inteso facendo ricorso alla chiave di lettura da lui appena trovata nella sua teoria psicoanalitica: occupandosi di queste forme, Freud andava a sfidare in campo aperto gli altri punti di vista psichiatrici, forte di una teoria di riferimento rivoluzionaria per la comprensione dei primi anni di vita del bambino.

L'interesse di Freud per le perversioni, dunque, si sarebbe mantenuto nel tempo: il suo saggio // *feticismo*, del 1927, è di parecchi anni successivo all'epoca del suo primo interesse per queste forme. In questo saggio di enorme importanza teorica, Freud consolida il suo punto di vista sull'etiopatogenesi delle perversioni appoggiandosi ovviamente sulla sua teoria: il feticismo, infatti, costituirebbe una costruzione difensiva contro l'angoscia di castrazione che il bambino maschio, trovandosi nel pieno sviluppo del proprio complesso edipico, sperimenta alla vista dell'assenza del pene nella donna. Questa drammatica visione, confermandogli la temuta ipotesi che la castrazione possa avere concreta applicazione, viene controbilanciata dal bambino con un movimento difensivo di *diniego* che porterà poi l'adulto feticista a negare la castrazione della donna ricorrendo appunto all'individuazione di un feticcio, il cui scopo è quello di sostituire il pene femminile della donna. La passione dei feticisti, e più in generale di molti perversi, per la biancheria intima femminile, secondo Freud sarebbe da intendersi come la passione per l'ultimo velo che copre la visione dell'assenza del pene. La scoperta del meccanismo di difesa del diniego, che consiste nella capacità selettiva di rifiutarsi di riconoscere un oggetto traumatizzante e che Freud ritiene alla base, oltre che del feticismo, anche delle psicosi, porterà Freud (1938) a teorizzare, nel suo scritto tardivo *La scissione dell'io nel processo di difesa*, la capacità dell'io di scindersi in parti diverse, introducendo una concettualizzazione fondamentale che sarebbe diventata la base di attracco di altri importanti concetti, tra cui quello di alleanza terapeutica, oltre che il manifesto fondativo della Psicologia dell'io.

Come sappiamo, la corrente nota come Psicologia dell'io, propugnata da Anna Freud a Londra e da Kurt Eissler negli Stati Uniti e destinata a divenire il punto di vista trainante nella psicoanalisi nordamericana per parecchi decenni a seguire, avrebbe conteso alla scuola di Melanie Klein, a suon di asperre controversie e diatribe, il primato dell'eredità freudiana. All'interno della Psicologia dell'io, negli anni immediatamente successivi alla morte di Freud (1939), assistiamo al grande lavoro di risistemizzazione del pensiero freudiano da parte di alcuni autori: se Hartmann e Rapaport si assumono il compito di rivedere l'opera del maestro nei suoi aspetti teorici, spetta a Otto Fenichel l'impresa di redigere il primo *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi* (Fenichel, 1945), vero e proprio tentativo titanico di ricondurre all'interno di un singolo testo la descrizione psicodinamica di tutte le sindromi che compongono la gamma della psicopatologia e la delineaazione dei presidi terapeutici suggeriti dalla psicoanalisi. In questo coraggioso volume, Fenichel dedica un intero, vasto capitolo di settanta pagine alla descrizione delle condotte perverse, al quale assegna il titolo di *"Perversioni e nevrosi d'impulso"*. L'importante operazione compiuta da Fenichel, infatti, consiste principalmente nella descrizione, a fianco delle forme di "perversione", che consistono in una messa in atto compulsiva di comportamenti a chiaro sfondo sessuale, anche delle "nevrosi d'impulso", che condividono con le perversioni la natura compulsiva e irrefrenabile, ma che non hanno tinteggiature sessuali. Con questa manovra, Fenichel si pone per primo a denotare un fenomeno che avrebbe poi contraddistinto, decenni più tardi, il punto di vista più moderno sulle perversioni, cioè quel fenomeno tale per cui le perversioni devono essere intese come caratteristiche che si applicano a una serie assai diversificata di comportamenti, solo in parte collegati alle condotte sessuali dell'individuo. Tornerò più avanti su questo importante punto.

Nel suo volume, Fenichel si sofferma a descrivere con dovizia di particolari le diverse forme cliniche di queste perversioni e nevrosi d'impulso: può essere interessante riportare l'elenco da lui individuato e proposto:

Perversioni

omosessualità maschile
omosessualità femminile
feticismo
travestitismo
esibizionismo
voyeurismo
tagliatori di trecce
coprofilia
perversioni orali
estrema sottomissione sessuale
sadismo
masochismo

Nevrosi d'impulso

impulso a fuggire
cleptomania
piromania
gioco d'azzardo
caratteri dominati dagli istinti
tossicomania
bramosie senza droghe

(= i disturbi del comportamento alimentare)

Come si può vedere, a fianco di forme che non sono sopravvissute al passaggio del tempo e al cambiamento delle mode (ad es., la categoria dei “tagliatori di trecce”), si segnalano manifestazioni tuttora intese come facenti parte della galassia delle perversioni (feticismo, esibizionismo e voyeurismo, sadismo e masochismo) e altre che sono state senz'altro cassate dall'elenco delle condotte patologiche (omosessualità maschile e femminile, perversioni orali). Tra le file delle nevrosi d'impulso, dall'altro lato, vengono invece elencate alcune gravissime forme comportamentali che, oggi giorno, vengono fatte per la più parte rientrare nei disturbi gravi della personalità, specie quelli di tipo borderline e antisociale. Questa elencazione pare dunque costituire un ottimo esempio del modo in cui i cambiamenti socio-culturali, nel corso degli ultimi sessant'anni, hanno potentemente contribuito a plasmare le nostre concettualizzazioni psicopatologiche. Un punto che nella presentazione di Fenichel non si discosta in nessuna misura dalla posizione freudiana originaria è invece quello della spiegazione etiopatogenetica di queste forme: in tutti i casi, infatti, sia nelle perversioni che nelle nevrosi d'impulso, il fattore etiologico fondamentale in gioco nella genesi del comportamento disturbato sarebbe sempre la finalità difensiva contro l'angoscia di castrazione e il tentativo di mantenere viva la fantasia della donna fallica. Su questo aspetto, come si vedrà tra breve, il pensiero degli autori che sono intervenuti successivamente in questo dibattito è andato diversificandosi in maniera davvero massiccia.

Melanie Klein

Nella vera e propria guerra che si scatenò tra le file dei seguaci di Freud al momento della sua morte, finalizzata alla spartizione dell'eredità del pensiero lasciato dal maestro, Melanie Klein ha forse dovuto cedere il passo agli allievi di Anna Freud per quanto riguarda la possibilità di arrivare a occupare la stanza dei bottoni dove si prendevano le decisioni “politiche” destinate a determinare le scelte istituzionali del movimento psicoanalitico, ma si è presa la bella rivincita di potersi autonominare, tra i tantissimi allievi, la più fedele prosecutrice delle posizioni più pure del maestro. La Klein, infatti, imposta la propria teoria partendo dal nucleo più duro della concettualizzazione di Freud, cioè quella che lo aveva portato, negli anni Venti, a superare l'iniziale centralizzazione del sistema motivazionale dell'individuo attorno al principio di piacere/dispiacere per riposizionarla attorno alla dicotomia principio di vita/principio di morte. Tra i tanti seguaci di Freud, la Klein è l'unica a recuperare questa controversa parte delle posizioni del maestro e a farne il nucleo centrale della propria teoria, individuando così nell'aggressività primaria innata del bambino, direttamente collegata alla sua ottemperanza del principio di morte, il motore primo dello sviluppo psicologico dell'essere umano. Inoltre, la Klein, in ossequio alle numerose osservazioni infantili da lei condotte, si premura di ridatare il percorso evolutivo del bambino originariamente delineato di Freud, anticipando le fasi da lui descritte, procedendo alla descrizione della ricca sfera della sessualità e dell'aggressività preedipiche, accentuando l'importanza della primissima relazione madre-bambino e sottolineando il ruolo che, da subito nel corso dello sviluppo infantile, viene svolto dal Super-Io.

Va da sé che uno degli ambiti clinici ai quali queste rivoluzionarie posizioni kleiniane possono essere applicate è esattamente l'ambito delle perversioni. E infatti, il pensiero di questa autrice contribuisce a introdurre un nuovo e più ricco punto di vista sul meccanismo etiopatogenetico delle condotte perverse e a spiegare l'aggressivizzazione della sessualità che viene operata in queste forme. Secondo la Klein (ad es., 1945), appunto, l'aggressività pregenitale orale innata del bambino viene da subito proiettata sulla figura materna, provocando in tal modo una distorsione paranoide della prima immagine della madre: a essere proiettati sono soprattutto gli impulsi sadici orali e anali. Questa manovra viene eseguita dal bambino in parte sull'onda dell'invidia da lui provata nei confronti della potente immagine materna. L'odio per la madre viene poi esteso anche alla persona del padre, producendo così una contaminazione dell'immagine paterna: le figure dei due genitori, investite da queste potentissime cariche di aggressività, diventano ora indifferenziate e danno luogo a un'immagine combinata padre-madre, vissuta come estremamente pericolosa: ne consegue che tutte le relazioni sessuali vengono d'ora in poi percepite come minacciose e intrise di aggressività. La scena primaria, investita da questa carica di potenti distorsioni sadomasochistiche, si trasforma così in una situazione terrificante: anche il conflitto edipico che ne consegue viene fortemente aggressivizzato e il rivale edipico finisce per acquisire caratteristiche terrorizzanti, dando all'angoscia di castrazione e all'invidia del pene, che vi vengono dietro, dimensioni ipertrofiche. Anche il Super-Io contribuisce al quadro, estendendo una serie di divieti selvaggi e primitivi su tutte le relazioni sessuali, in una situazione in cui i precursori superegoici assumono tendenze masochistiche. Il sistema di relazioni oggettuali prodotto dal bambino che intraprende questo percorso evolutivo sarà dunque costituito da relazioni oggettuali parziali o scisse nei confronti del seno. Nel tentativo difensivo di gestire in qualche modo questa condensazione della rabbia primitiva e dell'aggressività edipica, l'oggetto d'amore viene potentemente idealizzato: è questo il nucleo di quella tendenza all'oscillazione tra idealizzazione e svalorizzazione dell'oggetto che, ripreso da Kernberg, come vedremo, costituisce il cuore del meccanismo di scissione che viene posto alla base del funzionamento dell'organizzazione borderline di personalità.

La teoria kleiniana è indubbiamente controversa: si fa fatica, oggi, a riconoscere nei bambini che ci è dato di osservare la tempesta di potenti e drammatiche introiezioni e proiezioni descritte da questa autrice. Il suo contributo allo sviluppo della teoria psicoanalitica, tuttavia, costituisce comunque un passaggio di estrema rilevanza e, nella fattispecie della discussione sulle perversioni, consente di introdurre una linea esplicativa in grado di dire qualcosa di interessante sulla prepotente angoscia, sull'incapacità di compiere identificazioni normali, sulla tendenza ad aggressivizzare la sfera sessuale e sulla tendenza ad accentuare fantasticamente le angosce, tutti tratti che caratterizzano senz'ombra di dubbio molti aspetti presenti nei pazienti che manifestano qualche comportamento perverso.

Janine Chasseguet-Smirgel e la scuola francese

Con la loro risistemazione delle posizioni freudiane in chiave pregenitale, gli autori della scuola francese si candidano a loro volta come suggeritori di una linea esplicativa piuttosto nuova per la lettura delle prime fasi dello sviluppo infantile, che con la sua sottolineatura degli aspetti legati all'aggressività e alla proiezione, entra a pieno titolo nel dibattito sull'etiopatogenesi delle perversioni. Pur essendo numerosa la schiera di autori di questa scuola che si sono interessati di questo argomento, punterò l'attenzione in particolare sui contributi della Chasseguet-Smirgel, che ritengo di poter considerare l'autrice di punta di questo gruppo.

Nel suo più importante volume su questi temi, la Chasseguet (1975) comincia col definire la base logica su cui fonda il suo intervento, costituita da tre punti fondamentali: 1) la sua conferma dell'ipotesi di partenza di Freud, che vede nella perversione la fissazione o la regressione a una pulsione parziale pregenitale, sostenute dall'angoscia di castrazione e capaci di bloccare l'evoluzione verso la sessualità genitale; 2) la potenzialità universale della regressione alla fase sadico-ale: gli autori francesi recuperano in modo massiccio l'importanza dell'universo anale, da loro considerato come un abbozzo preliminare dell'universo genitale.

La regressione anale è in grado di trasformare la relazione col fallo genitale in relazione col fallo fecale pseudogenitale ed è appunto questa regressione che consente il diniego della differenza tra i sessi e

l'abolizione dei confini generazionali: infatti, il fallo fecale consente al bambino di equiparare il suo piccolo pene al grande pene dell'adulto, e toglie al contempo alla vagina il ruolo di organo genitale femminile significativo; 3) una volta strutturata la perversione nell'adulto, ha luogo un'idealizzazione dell'analit , che produce un'accentuazione simbolica degli aspetti estetici e formali dell'arte, della natura, degli oggetti fisici e della realt  interpersonale: nel suo famoso testo *Creativit  e perversione*, la Chasseguet (1984) intreccia dunque cos  il legame tra analit /perversione e capacit  di produrre le forme d'arte. Il singolo paziente provveder  poi a investire idealisticamente anche la propria perversione, eleggendola a un ruolo senz'altro superiore a quello della "normale" sessualit  genitale. Al diniego della differenza tra i sessi e della differenza generazionale viene infine ad affiancarsi la scissione, che permette al paziente perverso di conservare il proprio riconoscimento duraturo e cosciente della realt  esterna.

Secondo questi autori, le perversioni sarebbero dunque caratterizzate da analizzazione progressiva, diniego delle differenze sessuali e generazionali, idealizzazione difensiva dell'analit , il tutto in una situazione in cui il soggetto mantiene fondamentalmente intatto il proprio riconoscimento della realt  esterna, grazie a una miscela difensiva basata su scissione e rimozione. In particolare, la Chasseguet sottolinea l'importanza del rapporto con la madre come fattore etiologico decisivo: l'aggressivit  nei confronti della madre riflette un'evoluzione arcaica della situazione edipica caratterizzata da una serie di deformazioni fantastiche delle parti interne della figura materna. Rimodernando e ampliando l'originaria concettualizzazione freudiana alla base della comprensione del feticismo, la Chasseguet mette in una posizione centrale il bisogno di negare la realt  della vagina e del mondo oscuro delle viscere materne, nel tentativo di distruggere tutto ci  che viene contenuto nel corpo della madre: il pene paterno, altri bambini o qualsiasi altro possibile ostacolo.

Tutti questi elementi dinamici ben spiegherebbero, poi, l'insorgenza dell'angoscia di castrazione che subentra nella successiva fase edipica. La teoria dell'autrice francese pu  dunque essere considerata una rielaborazione delle posizioni kleiniane, con spostamento d'accento sul diniego difensivo delle differenze sessuali e generazionali e sull'idealizzazione dell'analit .

Pi  di recente, la Chasseguet (1991) ha delineato un nuovo modello, da affiancare alla parte principale della sua teoria, per spiegare lo sviluppo della sessualit  perversa nell'adulto. Si tratta di quel tipo di situazione in cui il bambino viene fatto oggetto di traumi o di ferite narcisistiche ai quali sembra poi conseguire un'insolita bramosia nei confronti del trauma, accompagnata da eccitamento sia interno che esterno. Saremmo qui di fronte, secondo l'autrice, a un tentativo difensivo di trasformare la ferita narcisistica e il trauma (che non possono essere eliminati) in eccitazione sessuale (che pu  invece essere scaricata), con l'ulteriore vantaggio di produrre un recupero dell'autostima tramite le concomitanti fantasie di vendetta, di odio e di autoaffermazione. La Chasseguet ritiene che la ricerca sfrenata di eccitazione che caratterizza le persone perverse costituisca uno sforzo ripetuto di mobilitare l'intero apparato somatopsichico al fine di evacuare tutte le tensioni, sforzo che tende poi a sfociare in una propensione per l'*acting out*, altro frequente elemento clinico in queste forme di patologia.

Otto F. Kernberg

Negli anni '60 e '70, al primo apparire della sua figura nell'orizzonte della letteratura psicoanalitica, Kernberg entr  sulla scena muovendosi col passo marziale della persona fortemente convinta dei propri mezzi e dotata dell'ambizione sufficiente per tentare l'impresa consistente nella risistemizzazione del pensiero psicoanalitico. Lo sforzo da lui compiuto in questo senso   stato massiccio e lo ha portato a costruire un complesso sistema teorico nel quale Kernberg ha cercato di comporre insieme parti di pensiero derivato dalle posizioni teoriche di Freud, della Klein, di Fairbairn, della Mahler e di Kohut: questa sorta di creatura di Frankenstein, a detta di moltissimi, non   mai riuscita a godere di una vera vita propria, ma non ci pu  essere dubbio circa il fatto che l'enorme mole di ricerche prodotte da Kernberg e la sua esperienza clinica (oltre che la sua quasi incontenibile fertilit  letteraria) abbiano fatto di lui un autore col quale si debbono fare comunque i conti, specialmente quando si parla di patologie gravi collegate all'aggressivit , tra cui, ovviamente, rientrano a pieno titolo le perversioni.

Nei suoi scritti, anche recenti, Kernberg ha deciso di conservare il termine “perversione”, continuando a preferirlo a quello di “parafilia”, la cui diffusione è invece ormai prevalente, specie nella letteratura nordamericana. L'autore si premura però di spiegare che tra le perversioni non ritiene debba essere fatta rientrare anche l'omosessualità, limitando la definizione di perversione ai comportamenti che mostrano tratti di coattività, ripetitività e fissità. Le posizioni di Kernberg sulle perversioni sono state da lui riassunte in un suo ampio volume del 1992, nel quale l'autore ci segnala che il suo interesse per il mondo della perversione si fonda su tre importanti aspetti, tra loro non correlati.

In primo luogo, Kernberg è interessato a cogliere i possibili punti di sovrapposizione tra perversione, aggressività e organizzazione borderline della personalità:¹ questo interesse gli deriva dalla constatazione clinica della grande frequenza con cui le condotte sessuali perverse fanno la loro comparsa nei quadri borderline. Ne deduce che debba esistere una notevole sovrapposizione tra i meccanismi che concorrono alla formazione dell'organizzazione borderline e la psicodinamica delle perversioni, una sovrapposizione che Kernberg legge nei più puri termini della teoria kleiniana: proiezione sulla madre degli impulsi sadico-orali, contaminazione dell'immagine paterna, incapacità di differenziare i genitori, eccesso di aggressività nel conflitto edipico, accentuata idealizzazione dell'oggetto d'amore, valutazione irrealistica della minacciosità del rivale edipico, edipicizzazione prematura delle relazioni e dei conflitti preedipici, proiezione dei conflitti primitivi connessi con l'aggressività sulle relazioni sessuali tra i genitori e sulle relazioni sessuali in genere. Sarebbe dunque questo insieme di meccanismi psicodinamici a spiegare la spiccata tendenza da parte dei pazienti borderline a sviluppare una sessualità caotica e molto spesso dotata di tratti perversi.

In secondo luogo, stante il suo interesse per la descrizione delle dinamiche di coppia e della psicoterapia di coppia, Kernberg vuole valutare con precisione il ruolo della sessualità perversa polimorfa infantile nelle normali relazioni di coppia. Kernberg sottolinea come una relazione d'amore sana e stabile debba basarsi sulla capacità della coppia di ampliare e di approfondire l'esperienza del rapporto sessuale e dell'orgasmo, completandola con un erotismo sessuale derivato dall'integrazione dell'aggressività e della bisessualità, con una trasformazione degli impulsi e dei conflitti preedipici in manifestazioni di tenerezza e gratitudine, e con una capacità di identificarsi genitalmente col partner, di operare un'astrazione-maturazione del Super-Io capace di indurre lo sviluppo di valori etici adulti.

La coppia deve dunque darsi la libertà di sperimentare e di comprendere l'espressione di fantasie inconse sia edipiche che preedipiche e di far accedere nella sessualità elementi di sadismo, masochismo, esibizionismo e voyerismo. Il gioco sessuale maturo della coppia deve lasciare spazio alle fantasie perverse polimorfe e al flusso dei comportamenti sessuali aggressivi, la cui natura è solitamente pregenitale. È importante riuscire a vivere il partner anche come un oggetto sessuale, è importante riuscire a tollerare l'idea di potere talvolta prendere il proprio piacere a prescindere da quello del partner. Dunque, è necessario consentire alla sessualità perversa polimorfa infantile di svolgere la propria funzione fondamentale, che è quella di porre l'aggressività al servizio della sessualità e dell'amore, il tutto contenuto entro i confini stabili di una relazione oggettuale d'amore adulta, garantita dal buon funzionamento del Super-Io. Quando invece questo livello di maturità non viene raggiunto, a causa di uno sviluppo patologico che impedisce il superamento della sottofase di separazione-individuazione della fase di riavvicinamento, l'evoluzione del quadro prende la direzione dei comportamenti sessuali perversi.

Il terzo aspetto che giustifica l'interesse di Kernberg per le perversioni è il ruolo da esse svolto nella sindrome di narcisismo maligno (un quadro clinico del quale il nostro autore ha la paternità), nella quale si manifestano le forme più gravi di condotte perverse, caratterizzate da aggressività egosintonica e/o autodiretta. Il narcisismo maligno sarebbe sostenuto da una patologia del Super-Io caratterizzata da: a) assenza di precursori idealizzati del Super-Io (rappresentazioni idealizzate del Sé e dell'oggetto che costituiscono la prima forma di Ideale dell'Io) che non siano quelli integrati nel Sé grandioso patologico; b) predominanza dei precursori sadici più primitivi del Super-Io; c) consolidamento di questo quadro nella fantasia, così che le uniche rappresentazioni oggettuali disponibili sono quelle dei nemici sadici: il Sé grandioso si cristallizza intorno a rappresentazioni sadiche del Sé e dell'oggetto. Le fantasie sessuali di questi pazienti hanno una potentissima carica di aggressività, in un quadro di caos comportamentale,

confusione di zone e manifestazione multipla degli impulsi. L'attività sessuale sregolata e sfrenata sembra difendere questi pazienti dalla minaccia del coinvolgimento intenso con un partner sessuale, potenzialmente foriera dell'esplosione di una violenza incontrollabile.

Nella sindrome di narcisismo maligno, Kernberg vede all'opera una modalità particolare di stile relazionale, da lui definita "perversità", che tende a comparire in tutte le relazioni oggettuali del paziente, dunque anche nel transfert. La perversità consiste nella trasformazione intenzionale, conscia o inconscia, di qualcosa di buono in qualcosa di cattivo, dell'amore in odio, del significato in mancanza di senso, della cooperazione in sfruttamento.

Si tratta di un meccanismo di funzionamento relazionale tipico delle patologie più gravi, oltre che del narcisismo maligno: somiglia al meccanismo della perversione ma mostra, rispetto ad esso, un grado maggiore di perfusione, spingendosi ben oltre i soli aspetti sessuali. La perversità rappresenta una qualità della relazione oggettuale che riflette l'asservimento, conscio o inconscio, dell'amore, della dipendenza e della sessualità all'aggressività, in un quadro diametralmente opposto a quello che abbiamo visto all'opera nello sviluppo dell'amore adulto sano. Si viene così a creare una struttura del Sé grandioso impazzita, che determina, in terapia, reazioni terapeutiche negative gravissime. Questi pazienti hanno come scopo quello di svuotare e di distruggere il terapeuta, così come fanno con qualsiasi altro oggetto: i loro trattamenti terminano, per solito, con l'interruzione unilaterale da parte del paziente, che in tal modo si protegge dal timore di ritorsioni aggressive da parte del terapeuta e rafforza in fantasia il senso di onnipotenza, le difese dai sensi di colpa circa la propria aggressività e il mancato lutto per la perdita dell'oggetto. Questi pazienti tendono a indurre nel terapeuta un senso di confusione e di futilità che è lo stesso che caratterizza il loro mondo oggettuale e, spesso, anche il loro ambiente fisico.

Come ben si vede, il contributo di Kernberg allo studio e alla comprensione delle perversioni è assai vasto e molto differenziato e non copre soltanto la descrizione degli aspetti più gravi connessi con queste forme: l'autore, infatti, non manca di ricordarci che le perversioni possono comunque esistere anche nei pazienti con organizzazione nevrotica della personalità: in questo caso, però, i pazienti non mostrano le difese più primitive dell'Io né le relazioni oggettuali tipiche dei pazienti con organizzazione borderline. L'assenza di tali sistemi difensivi primitivi nei pazienti nevrotici dimostra che tali meccanismi pertengono al livello di organizzazione dell'Io e delle relazioni oggettuali e non sono dunque un tratto contraddistintivo delle perversioni di per sé.

Arnold Goldberg e la psicologia del Sé

Come è noto, Kohut non ha dato vita a una struttura di pensiero ben sistematizzata, in parte a causa della sua morte relativamente prematura, in parte in ragione del fatto che, a differenza di Kernberg, Kohut non è riuscito a organizzare il proprio pensiero in una serie di volumi ben congegnati, limitandosi a lasciarci un insieme di scritti che sono stati riuniti insieme per dar luogo ad alcuni volumi dal contenuto poco sistematico. Ancora, Kohut non aveva particolare interesse per la resocontazione clinica, che quindi il suo pensiero al riguardo deve essere desunto dalle sue considerazioni teoriche più generali. Ciò ha fatto sì che a rendersi responsabili della presentazione sistematica della sua psicologia del Sé siano stati più che altro i suoi allievi diretti, dei quali Goldberg è forse il principale.

Pur nella difficoltà che la psicologia del Sé tipicamente prova a dare spiegazione delle patologie gravi che non siano quelle narcisistiche, Goldberg (1995) tenta di estendere i dettami etiopatogenetici caratteristici di questa scuola alla comprensione dei meccanismi perversi. A suo modo di vedere, dunque, la tendenza ad agire le perversioni sarebbe strettamente collegata alla condizione del legame oggetto-Sé del paziente: quanto più il legame risulta danneggiato, tanto più il comportamento perverso sarà agito. Questo vale anche all'interno della relazione di transfert. Si noti come Goldberg, con questa delineazione, focalizzi la chiave di lettura etiopatogenetica delle perversioni sul deficit (che produce la patologia del legame oggetto-Sé) anziché sul conflitto, come abbiamo visto fare a tutti gli altri autori di cui mi sono occupato fino a qui. Alla psicologia del Sé, dunque, interessano poco o punto le letture centrate sull'aggressività pregenitale, sull'angoscia di castrazione, sulle fantasie della donna fallica, sull'analità, sul ruolo del fallo fecale nella distruzione della vagina, ecc. Un punto di massimo interesse per l'autore, viceversa, è il ruolo svolto dalla

sessualizzazione, che consiste nella messa in atto di un'attività sessuale perversa con un oggetto considerato come un oggetto-Sé, in una situazione del tutto diversa da quella in cui la sessualità sana viene operata da un Sé coeso. La sessualizzazione costituisce un tentativo frenetico e compulsivo di riagganciare una qualche forma di legame con un oggetto-Sé, così come l'eccitamento sessuale ha lo scopo difensivo di tenere fuori dal quadro altri affetti potenzialmente pericolosi e dolorosi. Con questa delineazione della sessualizzazione, Goldberg riesce a spiegare in modo elegante ed efficace la natura episodica dei comportamenti perversi, che infatti, da un punto di vista clinico, tendono appunto a essere sempre sporadici. Il limite della sua spiegazione sembra invece risiedere nel fatto che, con essa, l'autore finisce per delineare due tipi di sessualità (uno sano e uno malato), ben separati e distinti: in questo senso, sembra molto più convincente la spiegazione di Kernberg del modo in cui la sessualità tenda invece a distribuirsi lungo un *continuum* di manifestazioni in cui si mescola in misura maggiore o minore con l'aggressività, in un contesto che impedisce fundamentalmente all'osservatore di tracciare delle nette linee di demarcazione tra una modalità espressiva e l'altra.

Ancora, un altro elemento rilevante alla base dei meccanismi perversi secondo la psicologia del Sé è la scissione, che è sempre una scissione tra due oggetti-Sé, costruiti dal bambino in collaborazione con un genitore collusivo e destinati a portarlo alla mancata costituzione di un Sé coeso, che si protrae fino all'età adulta. Il comportamento perverso ha allora lo scopo di tenere in vita questa scissione, oltre che esserne una conseguenza. Nel lavoro clinico sulla scissione, Goldberg sottolinea l'importanza cruciale della ricostruzione genetica molto precisa delle origini del meccanismo difensivo stesso, muovendosi in questo caso nella direzione opposta a quella solitamente suggerita dalle considerazioni classiche della psicologia del Sé, che di solito intende il trattamento come un'impresa finalizzata all'interiorizzazione di una relazione nuova e restaurata, prestando generalmente poca attenzione alle ricostruzioni genetiche dettagliate. Dal punto di vista tecnico, il terapeuta deve affrontare la scissione che sta alla base della perversione con un atteggiamento a sua volta scisso: da un lato, deve fornire un "condono" (*condonation*), dall'altro deve avanzare una "condanna" (*condemnation*), alternando questi due atteggiamenti nel tentativo di rendere le condotte perverse distoniche agli occhi del paziente stesso. Inoltre, Goldberg mette in guardia il terapeuta circa il fatto che, nel lavoro con questi pazienti, vengono spesso evocate delle reazioni controtransferali molto potenti, in coincidenza con le quali il terapeuta deve essere pronto a guardare senza veli e a tollerare le proprie personali modalità perverse.

Thomas H. Ogden

Desidero dedicare risalto alla posizione di Thomas H. Ogden, psicoanalista atipico in quanto attivo in California ma schierato su posizioni kleniano-bioniane, del tutto anomale in Nord America fino a pochissimo tempo fa, che lo hanno condotto, ad esempio, a definire (Ogden, 1989) una terza "posizione", la posizione "contiguo-autistica", da affiancare alle due classiche posizioni descritte dalla Klein. In un contributo recente, Ogden (1996) ha formulato un suo punto di vista piuttosto originale, pur con qualche debito verso gli autori classici, sui comportamenti perversi, al quale mi sembra meritevole dare segnalazione in questa mia carrellata storica per la sua capacità di riportare in modo preciso e dettagliato all'interno dell'interazione transfert/controtransfert la dinamica che sta alla base delle condotte perverse.

Secondo Ogden, è ormai accettato il fatto che l'analisi delle perversioni non sia un processo di decodificazione e interpretazione di fantasie inconscie, angosce e difese, messe in atto tramite l'attività perversa. Al contrario, risulta sempre più chiaro che l'analisi delle perversioni coinvolge in modo fondamentale la comprensione e l'interpretazione di fenomeni transferali strutturati a partire dal mondo oggettuale interno del paziente perverso. Questa chiave di lettura dovrebbe essere spinta un passo oltre e portarci ad affermare che l'analisi delle perversioni comporta necessariamente l'analisi del transfert/controtransfert perverso che si dispiega all'interno della relazione terapeutica. Quando si analizzano le perversioni, non si può sperare di comprendere ciò che il paziente sta cercando di comunicare se non si entra in qualche modo nella scena perversa che ha luogo nel transfert/controtransfert: ne consegue che il terapeuta che vuole dire qualcosa sull'analisi di una perversione dovrebbe descrivere qualcosa della sua personale esperienza di transfert/controtransfert, a meno che non voglia accontentarsi

di presentare un quadro sterile, distaccato e tutto sommato falso, del tutto incapace di cogliere l'estrema complessità che promana dalla scena perversa, alla quale anche lui terapeuta sta prendendo parte.

I comportamenti perversi narrati nel contesto della relazione terapeutica tentano di dare al soggetto la sensazione di essere vivo e pieno laddove egli si sperimenta come morto e vuoto: nel loro dispiegarsi, essi finiscono per definire un terzo soggetto all'interno del trattamento, il soggetto perverso dell'analisi. Il soggetto perverso dell'analisi è il narratore del dramma erotizzato, ma comunque vuoto, creato sulla scena analitica: il dramma stesso viene inscenato per dare la falsa impressione che il narratore sia vivo e abbia il potere di eccitare l'altro. La scena analitica perversa e il soggetto perverso dell'analisi sono costruiti insieme dal terapeuta e dal paziente² allo scopo di evadere l'esperienza di morte psicologica e il riconoscimento della vuotezza del discorso/rapporto sessuale analitico. In un certo senso, il soggetto perverso dell'analisi costituisce un soggetto analitico terzo, creato intersoggettivamente e sperimentato attraverso le soggettività individuali del terapeuta e del paziente: di conseguenza, la costruzione intersoggettiva comune (il soggetto perverso) viene sperimentata in modo diverso dal terapeuta e dal paziente.

La perversione del transfert/controtransfert, secondo Ogden, si verifica in tutte le terapie, seppure in gradi diversi. Per alcuni pazienti, essa costituisce la forma dominante dell'interazione terapeutica, capace di eclissare tutte le altre modalità difensive e di relazioni oggettuali. Per altri pazienti, essa emerge invece soltanto in qualche fase specifica del trattamento.

Per altri ancora, la perversione del transfert/controtransfert costituisce uno sfondo che si presenta principalmente nella forma di un eccitamento sessuale ben mascherato, associato al tentativo inconscio, da parte del paziente, di ostacolare l'analisi, seppure in un modo assai difficile da riconoscere (ad es., eccitamento inconscio associato a una incapacità/indisponibilità cronica da parte del paziente a generare un singolo pensiero originale nel corso della terapia).

Il punto di maggiore interesse in questa posizione di Ogden mi sembra essere rappresentato dalla sua capacità di ampliare il raggio di azione delle condotte perverse, spostandolo dal semplice piano dei comportamenti sessuali per farlo ascendere a tutta la gamma comportamentale del paziente: personalmente, mi pare questo il modo più concreto e utile di intendere le condotte perverse, un punto, questo, sul quale ritornerò nelle mie considerazioni conclusive.

Altri modelli classici sulle perversioni

Per ragioni di spazio, debbo limitarmi a riassumere molto in breve la posizione di altri quattro autori che hanno saputo produrre un punto di vista di notevole importanza e originalità sui meccanismi che stanno alla base dei comportamenti perversi.

Desidero cominciare allora dalla segnalazione dei contributi di Masud Khan, originalissimo allievo di Winnicott, nonché autore capace di elaborare in modo molto interessante lo studio delle dinamiche perverse. Nei suoi scritti (ad es., Khan, 1974), l'autore parte dalla concettualizzazione freudiana, che poi sviluppa integrandola con posizioni tratte sia da Winnicott che da Bion per arrivare a vedere nella perversione un tentativo compulsivamente ripetuto di creare un'esperienza in grado di nascondere, e in parte di sostituirvisi, l'assenza della sensazione di essere vivo in quanto essere umano, una sensazione dalla quale il paziente si sente continuamente afflitto. Non importa sottolineare quanto sia profondo il debito che la posizione di Ogden, descritta sopra, ha nei confronti dell'intuizione di Masud Khan.

Va poi ricordato il contributo di Joyce McDougall, autrice australiana, dunque anglofona, ma molto vicina alle posizioni della scuola francese, dalla quale è stata di fatto adottata. La McDougall ha studiato a lungo le perversioni, alla cui comprensione ha portato contributi di rilevanza centrale e di grande modernità (ad es., v. McDougall, 1985). Questa autrice ha introdotto il concetto di "neossessualità" per meglio comprendere il pianeta delle perversioni: per neossessualità essa intende una serie di comportamenti compulsivi, ripetitivi e solitamente egodistonici, prodotti nel tentativo di costruire un Sé e una sessualità, per quanto frammentaria, difensiva e irreali. La McDougall è stata una delle prime autrici a proporre il superamento e l'abbandono del termine "perversione", da lei considerato indebitamente giudicante e comunque non idoneo a comprendere in modo corretto le dinamiche psicologiche di questa popolazione di pazienti.

Un altro grande studioso del mondo della perversione, in tutti i suoi aspetti più sottili, è stato Robert J. Stoller, psicoanalista californiano prematuramente scomparso in un incidente d'auto nei primi anni '90. Stoller (1991) si è occupato dei fenomeni perversi con un atteggiamento da vero e proprio scienziato, arrivando a familiarizzarsi col mondo della prostituzione maschile e femminile di Los Angeles e con l'ambiente della produzione cinematografica di film pornografici, dai quali ha potuto desumere un'enorme mole di dati, specie su alcune forme di cosiddetta perversione non comunemente visibili in ambito psicoterapeutico, come il travestitismo e il transessualismo. Riecheggiando il titolo del suo libro più famoso su questo tema, possiamo dire che Stoller (1976) considera le perversioni come "la forma erotica dell'odio" e descrive sempre con grande attenzione il ruolo dell'aggressività nella genesi e nella clinica di queste forme, così come la fondamentale funzione genetica svolta dai comportamenti più o meno apertamente abusanti tenuti dai genitori, specie dalla madre.

Infine, vorrei ricordare il contributo di Jacob A. Arlow, uno dei "grandi vecchi" del New York Psychoanalytic Institute. In un suo scritto del 1971, Arlow introduce l'importante concetto di "perversione del carattere" (*character perversion*) per descrivere una condizione clinica in cui sono presenti tratti di funzionamento tipici dei pazienti perversi ma in assenza di manifestazioni centrate sulla sessualità. Queste sarebbero dunque persone dotate di caratterialità "irrealistica", che rispondono ai problemi aggrappandosi a un dettaglio marginale, tergiversando all'interno delle relazioni e ignorando le richieste avanzate dalla realtà esterna, compresi gli oggetti. Nella situazione terapeutica, questi pazienti sembrano non essere disposti a trarre le conclusioni ovvie che derivano dall'osservazione della realtà esterna: quando gli si offre un'interpretazione, il paziente si volta dall'altra parte, cioè agisce come se non avesse udito quello che gli è stato detto, oppure appunta la propria attenzione su qualche dettaglio insignificante, oppure ancora introduce dal nulla un nuovo tema senza rendersi conto di essere saltato di palo in frasca.

Secondo Arlow, queste modalità di funzionamento confinano molto da vicino con quelle tipiche del voyeurismo e del feticismo, dunque con una forte prevalenza del meccanismo difensivo del diniego. Anche i bugiardi cronici rientrerebbero in questa categoria. Il contributo di Arlow mi pare significativo perché è uno dei primi in cui viene chiaramente suggerito di superare la lettura delle perversioni come entità sindromiche e di considerarle piuttosto modalità relazionali, o comunque modalità generalizzate di funzionamento, un punto di vista che condivido in pieno.

Contributi recenti sulle perversioni

Prima di procedere a qualche personale considerazione conclusiva, desidero offrire una sintetica rassegna del pensiero di alcuni autori che, in questi ultimi anni, hanno portato un contributo significativo al dibattito sulle perversioni, specie sugli aspetti clinici ad esse collegati. Ad esempio, per quanto riguarda il punto di vista generale sull'etiopatogenesi di queste forme, Limentani (1991) denuncia con stupore la scarsa attenzione che viene dedicata in letteratura, nella presentazione del materiale clinico relativo ai casi di pazienti con comportamenti perversi, al ruolo del padre dei futuri pazienti. Mi chiedo se oggi, a più di dieci anni di distanza, a seguito del grande sviluppo della letteratura sull'abuso infantile, questa affermazione possa ancora essere ritenuta valida. A questo stesso proposito, comunque, in un articolo più recente Ira Brenner (1996), descrivendo la condizione psicopatologica nota come "personalità multipla", riferisce che più del 50% dei pazienti affetti da questo disturbo possiede almeno una o più personalità che agiscono tratti di perversione sessuale. Dato che il fattore etiopatogenetico più clamorosamente rilevante nella genesi della personalità multipla è l'abuso infantile grave e ripetuto, sembra lecito ipotizzare, come moltissimi autori hanno già fatto, che l'abuso infantile abbia un ruolo fondamentale anche nella determinazione dei comportamenti sessuali perversi.

Sul rapporto tra perversioni e realtà psichica, merita invece di essere riportata la posizione di Grossman (1993, 1996) il quale parte dalla considerazione del fatto che un vasto gruppo di fenomeni clinici, tra cui le perversioni sono il più rilevante, sono caratterizzati dal tentativo da parte del paziente di denegare³ qualche percezione disturbante della realtà. In questi casi, i pazienti vengono talvolta descritti, erroneamente, come se fossero persone che vivono in una realtà psichica diversa: secondo Grossman, i pazienti che utilizzano le difese perverse sono invece perfettamente in grado di distinguere la fantasia dalla realtà, ma sono spinti a

sospendere la verifica della veridicità delle loro fantasie preferite, che li porrebbe davanti a un conflitto con la loro visione della realtà. Lavorare in terapia con questi pazienti è molto difficile perché essi tendono a liquidare le realtà dolorose che compaiono all'interno del trattamento con la stessa rapidità con cui si liberano di tutte le loro altre percezioni indesiderate. Grossman suggerisce di focalizzare la terapia sui numerosi dinieghi che il paziente mette in atto contro la percezione della realtà e insiste sul fatto che il terapeuta dovrebbe essere pronto ad assumere i panni di un vero e proprio "portavoce" della realtà esterna. Viceversa, nelle terapie in cui la realtà psichica del paziente viene considerata come se fosse un "tipo" di realtà a se stante anziché venire affrontata come una fantasia, si corre fortemente il rischio di creare una pericolosissima collusione con le difese perverse del paziente.

Alcuni contributi recenti apparsi in letteratura si sono concentrati sulle caratteristiche delle difese perverse. Per esempio, Coen (1998) punta l'attenzione sulle difese perverse presenti nei pazienti nevrotici: a tal fine, gli pare necessario tenere concettualmente distinte le perversioni propriamente dette (veri quadri sindromici) dalle difese perverse, diffuse per l'appunto anche nella popolazione dei pazienti nevrotici. Le difese perverse possono appuntarsi contro la realtà di un certo paziente o contro i suoi conflitti e le sue relazioni con gli altri e sono sempre presenti quando si registra l'incapacità di tollerare l'affetto, la difficoltà a collaborare nel contesto del trattamento e la tendenza da parte del paziente a scivolare verso qualche forma di *impasse* terapeutica. Le difese perverse, tra cui vanno annoverate la facilità con cui il paziente scivola verso condizioni di distrazione, di eccitamento e di affettazione, ma anche verso relazioni sadomasochistiche con gli altri, proteggono il paziente da ciò che gli risulta massimamente intollerabile: gli affetti intensi, le idee dolorose, il bisogno amorevole e maturo di unirsi a una persona valida. Coen ci ricorda come le difese perverse dei pazienti nevrotici tendano sempre a evocare nel terapeuta reazioni controtransferali perverse, quasi sempre rappresentate dall'assunzione da parte del terapeuta di atteggiamenti giudicanti e critici contro l'apparente mancanza di ragionevolezza e di moralità del paziente, così come contro il mancato progresso del trattamento.

Un altro autore contemporaneo che sembra disposto a privilegiare il punto di vista di una "relazionalità perversa" rispetto a quello dell'inquadramento delle perversioni in una "entità sindromica" è Renik.

In un suo contributo del 1992, Renik descrive alcune situazioni cliniche in cui lo sviluppo di una fantasia transferale gratificante produce nel trattamento una serie di *enactment*⁴ che trasformano il trattamento stesso in un'impresa infinita e improduttiva. Spesso a causare lo sviluppo di questa trasformazione negativa è il fatto che il paziente comincia a utilizzare il terapeuta come un feticcio, facendo così in modo che la distinzione tra realtà e fantasia rimanga incompiuta e che l'abbandono delle aspettative magiche non abbia mai luogo. Nel contesto di questi trattamenti, assumono un ruolo centrale l'illusione, le sue varie manifestazioni cliniche e le reazioni controtransferali che esse tendono a suscitare. Dal punto di vista tecnico, Renik afferma che quando la ripetuta analisi del fenomeno continua a non produrne il superamento, la strategia migliore dovrebbe allora essere, da parte dell'analista, quella di introdurre unilateralmente l'ipotesi della conclusione del trattamento.

Occupandosi di una dinamica simile, dunque ritornando su quella tipologia di pazienti che fanno uso di modalità relazionali perverse pur non essendo affetti da alcuna perversione propriamente detta, la Reed (1997) studia la tendenza da parte di alcuni pazienti a utilizzare le interpretazioni del terapeuta come un feticcio. Si tratta di quei pazienti il cui carattere è strutturato in modo molto simile a quello dei pazienti perversi. Pur dando la sensazione di essere seriamente impegnati al fine del raggiungimento di qualche buon risultato terapeutico, questi soggetti inscenano nel trattamento un *enactment* sessualizzato in cui gli interventi del terapeuta vengono trasformati in un feticcio. L'*enactment* ha la funzione di sostenere gli sforzi difensivi del paziente finalizzati a evitare le percezioni esterne che possono scatenare fantasie pericolose, compresa quella della castrazione, nonché a cancellare gli interventi del terapeuta che vengono vissuti come fantasie minacciose. Poiché i tentativi del terapeuta di esplorare e interpretare questi *enactment* vengono a loro volta trasformati in feticci, lo sviluppo di questo tipo di transfert pone grossissime difficoltà al terapeuta. L'approccio tecnico suggerito dalla Reed consiste nel focalizzare l'attenzione sulla contraddizione insita nel fenomeno, sulle operazioni di diniego compiute dal soggetto, sulle fantasie di pericolo che stanno alla base di tali operazioni di diniego e sui desideri di fondo, spesso

vendicativi e invidiosi, che contribuiscono sia al boicottaggio della terapia che a determinare il contenuto delle fantasie di pericolo capaci di aumentare i livelli di angoscia.

Voglio concludere riportando le interessanti considerazioni sulla comprensione clinica del pianeta delle perversioni offerte dalla Richards (1996) in un suo divertente contributo sul rapporto delle donne con i vestiti e l'acquisto dei vestiti, che può assumere le caratteristiche di un comportamento perverso, andando a confinare molto da presso con le dinamiche dei disturbi del comportamento alimentare. L'autrice arriva a descrivere tre categorie: a) pazienti anoressiche dei vestiti (sono quelle che non ne comprano mai); b) pazienti anoressiche dei vestiti con comportamenti espulsivi (sono quelle che ne comprano pochissimi e tendono comunque a non indossarli mai, o addirittura li gettano o li regalano ad altre); c) pazienti bulimiche dei vestiti (sono quelle che ne comprano in grandissime quantità). In questo scritto, la Richards si fa latrice del suggerimento di adottare il concetto diagnostico di "parafilia" al posto di quello di "perversione" (come già fatto in psichiatria dal DSM-III-R in poi), pur sottolineando la fondamentale insensatezza della definizione proposta appunto dal DSM per le parafilie, con quell'accenno ai "normali modelli di attività finalizzate all'eccitamento sessuale" destinato a creare un'ambiguità invero insuperabile. La Richards suggerisce di delimitare il concetto di perversione alla definizione di quei comportamenti sessuali che appaiono socialmente obbrobriosi (incesto, pedofilia, necrofilia, condotte sessuali con altri non consenzienti).

Per spiegare il suo interesse per il tema del rapporto tra le donne e la moda, l'autrice parte dalle considerazioni espresse da Freud su questo stesso tema in una delle *Minute della Società psicoanalitica viennese* recuperate in questi ultimi anni (v. Rose, 1988): può valere la pena riportare la citazione freudiana, la cui valutazione apre alcuni interessanti spunti: "Tutte le donne (..) sono feticiste dei vestiti (..) Anche in questo caso, si tratta di una questione di rimozione della stessa pulsione che questa volta assume la forma passiva della concessione di lasciarsi guardare, che viene rimossa tramite il vestito e per mezzo della quale il vestito viene fatto assurgere al ruolo di feticcio. Solo ora possiamo comprendere perché anche le più intelligenti tra le donne si comportano con una specie di rassegnazione nel loro rapporto con la moda. Per loro, i vestiti prendono il posto del corpo: indossare gli stessi vestiti che anche le altre donne indossano significa soltanto essere in grado di mostrare ciò che le altre donne possono mostrare, significa soltanto che in quella certa donna è possibile trovare quel che ci si aspetta di trovare anche nelle altre donne". L'aspetto curioso di questo passaggio freudiano mi sembra risiedere principalmente nel fatto di aprire al mondo femminile la categoria della perversione, rigidamente confinata al mondo dei comportamenti maschili e inquadrata nel processo evolutivo affettivo del bambino maschio.

La prevalenza delle categorie perverse al pianeta maschile, apparentemente assoluta nella concettualizzazione freudiana, è stata tramandata, come abbiamo visto, anche a molte delle successive posizioni teoriche sulla perversione, ma evidentemente non veniva ritenuta tale neppure dallo stesso Freud, come pare attestare questo passaggio su una modalità di comportamento perverso, in particolare, feticistico, da parte delle donne. Oggi giorno, pur essendo un dato confermabile quello della maggiore facilità da parte dei pazienti maschi a esprimere condotte di tipo perverso, qualsiasi terapeuta esperto potrebbe portare elementi attestanti la presenza di tali modalità comportamentali anche tra le file delle pazienti femmine.

Considerazioni conclusive

Come atto finale di questo scritto, desidero concludere presentando quelli che ritengo essere gli elementi cruciali che emergono da questa lunga carrellata in cui ho mostrato l'evoluzione della concettualizzazione teorico-clinica sul tema delle perversioni avvenuta, in pratica, negli ultimi cento anni.

Tanto per cominciare, penso di poter affermare, pur rendendomi conto di operare una lieve forzatura, che le perversioni, al pari dell'isteria ottocentesca, sembrano costituire una malattia socio-culturale ormai estinta e procederei dunque a suggerirne la cassazione in quanto etichetta diagnostica utile per descrivere un quadro sindromico. Quindi, proprio come è già successo all'isteria, credo che anche alle perversioni sia lecito togliere la dignità "sostantivale" per riservare loro un semplice grado "aggettivale": intendo dire che mentre non penso esista qualcosa come una Perversione, ritengo senz'altro utile e necessario conservare

questo termine nella sua qualità di aggettivo, per qualificare condotte, comportamenti, stili relazionali, tipi di transfert, ecc.

Parlerei quindi di uno “stile relazionale perverso”, presente in un numero di pazienti molto più ampio di quanto non si pensi e comunque distribuito su tutto lo spettro della psicopatologia: questo stile relazionale perverso manifesta gradi variabili di gravità e di pervasività rispetto alla struttura della personalità di base del paziente e dunque può essere presente sia nei pazienti nevrotici che nei pazienti affetti da disturbo della personalità (come ci ha mostrato inequivocabilmente Kernberg), che nei pazienti psicotici (v. Adair, 1993; Jimenez, 1993). Lo stile relazionale perverso sembra svolgere una funzione fondamentalmente difensiva: ma più che una difesa contro l'angoscia di castrazione o contro la visione della madre/donna priva di pene o del rivale edipico aggressivizzato, mi pare essere una difesa contro la sperimentazione di un'intensificazione affettiva del rapporto con l'oggetto o contro la presa di coscienza delle sensazioni e dei sentimenti profondi che si mobilitano quando la relazione con l'altro cresce d'intensità o contro gli affetti dolorosi e la minaccia della separazione-abbandono. Apparirà dunque chiaro al lettore che, pur riconoscendo alle antiche concettualizzazioni classiche sulla perversione (Freud, Klein, gli autori della scuola francese, ma anche Kernberg) un enorme valore storico in quanto prime delineazioni utili all'inquadramento di queste forme, non trovo particolarmente stimolante impegnarmi, nel mio lavoro coi pazienti, nella comprensione degli aspetti etiopatogenetici suscettibili di promuovere un conflitto destinato a evitare nella produzione di uno sviluppo perverso, quanto piuttosto concentrare la mia attenzione sulle profonde mutazioni che l'assunzione di una difesa perversa è in grado di produrre sull'evoluzione delle relazioni che il paziente intrattiene, compresa la relazione terapeutica, la quale rischia sempre a sua volta, come dimostrato da alcuni degli autori più moderni da me presi in rassegna, di essere investita da modalità relazionali di tipo perverso.

Dal punto di vista etiopatogenetico, dunque, mi interessa molto di più occuparmi degli aspetti della vita del paziente che rimandano a un'ipotesi traumatica dello sviluppo dei suoi comportamenti anomali: allineandomi alla brillante intuizione di Benvenuto (2003), trovo che, con grandissima frequenza, le condotte perverse siano un tentativo compiuto dal paziente per liberarsi, attraverso l'assunzione di un comportamento speculare, del trauma del quale il paziente stesso è stato a lungo vittima ad opera dei genitori, specie della madre: allora, il paziente che sviluppa uno stile relazionale di tipo sadico tenta, difensivamente, di riprendere il controllo sull'oggetto che lo ha regolarmente sadicizzato diventando ora lui la persona che prende il controllo sull'altro; parimenti, il paziente masochista si prende finalmente la rivincita di essere lui a dettare i tempi e i modi dei comportamenti che lo vedranno vittima dell'aggressività altrui, sostituendosi all'oggetto sadico. Dunque, mi sembra che sia la matrice relazionale (compresa quella che si attiva nella relazione terapeutica) il luogo che ha le maggiori potenzialità di farci progredire nella comprensione dello stile relazionale perverso dei nostri pazienti e di farci incamminare nella sempre complessa impresa che consiste nel tentativo di liberarli dai loro comportamenti. E così, quando lavoro, ad esempio, con un paziente che mostra tratti feticisti (si badi bene, non necessariamente nelle sue condotte sessuali, ma nella trama generale del suo stile relazionale), non mi interessa condurlo per mano verso un'interpretazione della sua angoscia di castrazione o del suo bisogno di conservare l'immagine della madre fallica, quanto piuttosto cercare di comprendere assieme a lui da quali paure relazionali egli si stia difendendo quando trasforma una donna in un piede o in una gamba (“Ti sposerei la gamba!”, pensa tra sé un mio paziente che trascorre ore passeggiando per il centro cittadino sulla scia di qualche donna le cui gambe trova particolarmente attraenti.⁵

Infine, mi piacerebbe che la ricerca in psicoterapia cominciasse a occuparsi, più di quanto non sia riuscita a fare finora, del fatto che lo stile relazionale perverso compare con ampia diffusione in una serie di patologie quali il disturbo da abuso di sostanze, i disturbi del comportamento alimentare, oltre che essere alla base di moltissime delle manifestazioni tipiche del disturbo borderline (gioco d'azzardo, condotte sessuali promiscue, uso promiscuo del denaro e dei beni materiali, autodistruttività, automutilazioni): riconosco il grande valore storico del lavoro già prodotto da Kernberg su quest'ultimo tema, ma il suo approccio mi appare comunque molto spostato verso il punto di vista classico centrato sul conflitto (soprattutto quello edipico) e poco attento nei confronti degli aspetti relazionali. In generale, lo stile

relazionale perverso mi sembra potentemente coinvolto in tutte le situazioni relazionali (comprese quelle transferali) in cui sia rilevante la presenza dell'auto e dell'eterodistruttività. Personalmente, ritengo che anche le categorie diagnostiche quali il "disturbo da abuso di sostanze" o i "disturbi delle condotte alimentari" non rappresentino, di fatto, delle vere entità sindromiche, per quanto possa risultare eventualmente utile inquadrare il paziente all'interno dell'una o dell'altra di tali caselle: al pari delle perversioni, anche queste tipologie di disturbo psicopatologico mi sembrano costituire degli "indicatori" della presenza di una patologia sottostante, che può essere rimandata all'ambito del disturbo della personalità, con un'estensione di quell'inquadramento nosografico che Kernberg ha voluto, in modo forse un po' miope, tenere ristretto al quadro del disturbo borderline.

Certamente, le personalità borderline, come si è ripetutamente detto, sono ottimi esempi del modo in cui una vasta gamma di comportamenti "al limite" possono essere agiti da una stessa persona, ma non dimenticherei il modo in cui anche altre personalità patologiche possono farsi carico dello sviluppo di uno stile relazionale perverso. Penso al modo in cui i pazienti narcisisti si sforzano di rendersi odiosi agli altri con i loro comportamenti altezzosi, arroganti, menzogneri, con l'estrema facilità con cui ricorrono al tradimento e alla manipolazione delle persone con cui si relazionano, dando luogo, se non a specifiche condotte perverse, certamente a uno stile relazionale generale sicuramente patologico e, per molti aspetti, perverso. Penso alla grande frequenza con la quale le personalità ossessivo-compulsive rischiano di continuo di ritrovarsi a inserire qualche condotta dal sapore più o meno chiaramente perverso all'interno dei loro complicati ritualismi e comunque trovo che le condotte ossessivo-compulsive, di per se stesse e a prescindere dalla natura e dalla qualità dei comportamenti che vi vengono agiti, diano luogo a un perversimento automatico dello stile relazionale del paziente. Penso alla facilità con cui le personalità evitanti finiscono per abituarsi a far ricorso a qualche comportamento dai tratti più o meno chiaramente perversi per cercare di riempire in qualche modo il vuoto relazionale al quale necessariamente si autocondannano. Dunque, l'intuizione di Kernberg di creare un collegamento privilegiato tra perversione e disturbo della personalità è senz'altro corretta, ma credo che meriti di essere ampliata all'intera gamma dei disturbi della personalità che Kernberg, sull'onda della sua ambiziosa costruzione teoretica, insiste per tenere confinati alla sola dimensione del disturbo borderline.

Lo studio delle perversioni e del modo in cui il loro inquadramento e la loro comprensione sono andati cambiando nel corso del tempo costituisce, dunque, un ottimo laboratorio per la promozione della crescita della nostra capacità di leggere la psicopatologia nel suo insieme: se sapremo continuare a far crescere la nostra capacità di superare le barriere, anche ideologiche, che sono state costruite qua e là nel corso del tempo durante l'evoluzione della nostra disciplina, riusciremo certo con sempre maggiore lucidità a capire meglio la natura dei nostri pazienti, i disturbi di cui soffrono e il modo migliore che ci è dato per aiutarli.

NOTE

¹ Il lettore ricorderà che questo è il modo in cui Kernberg descrive il mondo della psicopatologia, da lui riassunto in una triade composta da organizzazione nevrotica della personalità, organizzazione borderline e organizzazione psicotica della personalità. Ciascun essere umano ricade in uno di questi tre modelli di organizzazione della personalità.

² Il concetto di "terzo analitico", presentato da Ogden nel 1994, definisce un livello di esperienza intersoggettivamente generata da terapeuta e paziente, che va ad affiancarsi all'esperienza soggettiva del terapeuta e all'esperienza soggettiva del paziente. In ogni trattamento, risulta fondamentale che il terapeuta cerchi di riconoscere, di comprendere e di simbolizzare verbalmente, sia a se stesso che al paziente, il gioco reciproco che di continuo si registra tra questi tre livelli. La via principale tramite cui questo terzo analitico si rende evidente al terapeuta è rappresentata dalle sue *rêveries*, cioè da quelle forme di attività mentale che spesso sembrano essere niente più che semplici momenti narcisistici di assorbimento del terapeuta in se stesso o distrazioni o ruminazioni compulsive o sogni ad occhi aperti. Questa posizione di Ogden lo apparenta evidentemente al lavoro di altri autori di ambito kleiniano-

bioniano, quali ad es. i coniugi Baranger, che hanno introdotto il concetto di spazio mentale e spazio analitico.

³ Per l'uso del verbo denegare vedi: Laplanche, Pontalis Enciclopedia di psicoanalisi

⁴ Per una rassegna aggiornata sul fenomeno dell'*enactment* e, più in generale, sul contributo del controtransfert al progresso dei trattamenti, si veda Bassi (2004).

⁵ A conferma di quanto già affermato più volte, il quadro clinico di questo paziente è assai complesso e non si limita certo alle manifestazioni a sfondo sessuale: a fianco degli aspetti feticistici, infatti, il paziente mostra svariati tratti di tipo ossessivo-compulsivo (conserva nella propria stanza, riempiendola fino all'inverosimile, vecchi computer, telefonini, segreterie telefoniche, ecc.), si lascia spesso andare a condotte di tipo piromanico e presenta un quadro depressivo molto marcato: ma soprattutto, presenta tratti di isolamento sociale assai pronunciati, che rappresentano il principale punto di ancoraggio del lavoro clinico che sto svolgendo con lui da circa un anno.

BIBLIOGRAFIA

- Adair M. J. (1993) *A speculation on perversion and hallucination* Int. J. Psycho-Anal., 1: 81-92.
- Arlow J. A. (1971) *Character perversion* in I. M. Marcus *Currents in Psychoanalysis* International Universities Press, New York.
- Bassi F. (2004) *Progressi nell'impiego clinico del controtransfert. Tecniche conversazionali* in corso di pubblicazione.
- Benvenuto S. (2003) *Che cosa sono le perversioni?* Psicoter. Sc. Um., 3: 25-46.
- Brenner I. (1996) *On trauma, perversion, and multiple personality* J. Amer. Psychoanal. Assn., 3: 785-814.
- Chasseguet-Smirgel J. (1975) *L'Ideale dell'io* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 1991.
- Chasseguet-Smirgel J. (1984) *Creatività e perversione* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 1987.
- Chasseguet-Smirgel J. (1991) *Sadomasochism in the perversions: some thoughts on the destruction of reality* J. Amer. Psychoanal. Assn., 2: 399-415.
- Coen S. J. (1998) *Perverse defences in neurotic patients* J. Amer. Psychoanal. Assn., 4: 1169-1194.
- Fenichel O. (1945) *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi* trad. it., Astrolabio, Roma, 1951.
- Freud S. (1905) *Tre saggi sulla teoria sessuale* OSF, vol. 4, Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud S. (1927) *Il feticismo* OSF, vol.10, Boringhieri, Torino, 1978.
- Freud S. (1938) *La scissione dell'io nel processo di difesa* OSF, vol.11, Boringhieri, Torino, 1979.
- Goldberg A. (1995) *The problem of perversion* Yale University Press, New Haven.
- Grossman L. (1993) *The perverse attitude toward reality* Psychoanal. Q., 3: 422-436.
- Grossman L. (1996) *Psychic reality and reality testing in the analysis of a perverse defence* Int. J. Psycho-Anal., 3: 509-518.
- Jimenez J. P. (1993) *A fundamental dilemma of psychoanalytic technique: reflections on the analysis of a perverse paranoid patient* Int. J. Psycho-Anal., 3: 487-504.
- Kernberg O. F. (1992) *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- Khan M. (1974) *Lo spazio privato del Sé* trad. it. Boringhieri, Torino, 1979.
- Klein M. (1945) *Il complesso edipico alla luce delle angosce primitive* in *Scritti 1921-1958* trad. it., Boringhieri, Torino, 1978.
- Limentani A. (1991) *Neglected fathers in the aetiology and treatment of sexual deviations* Int. J. Psycho-Anal., 4: 573-584.
- McDougall J. (1985) *Teatri dell'io* trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 1988.
- Ogden T. H. (1989) *On the concept of an autistic-contiguous position* Int. J. Psycho-Anal., 1: 127-140.
- Ogden T. H. (1994) *The analytic third: working with intersubjective clinical facts* Int. J. Psycho-Anal., 1: 3-20.
- Ogden T. H. (1996) *The perverse subject of analysis* J. Amer. Psychoanal. Assn., 4: 1121-1146.
- Reed G. S. (1997) *The analyst's interpretation as a fetish* J. Amer. Psychoanal. Assn., 4: 1153-1182.
- Renik O. (1992) *Use of the analyst as a fetish* Psychoanal Q., 4: 542-563.

- Richards A. K. (1996) *Ladies of fashion: pleasure, perversion, or paraphilia* Int. J. Psycho-Anal., 2: 337-352.
- Rose L. (1988) *Freud and fetishism: previously unpublished Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society* Psychoanal. Q., 57: 147-160.
- Stoller R. J. (1975) *Perversione. La forma erotica dell'odio* trad. it., Feltrinelli, Milano, 1978.
- Stoller R. J. (1991) *Il porno. Miti per il XX secolo* trad. it., Feltrinelli, Milano, 1993.