

Elisa Casini

Socio Ordinario ARPAd

Il transfert alla prova: paradossi e interruzioni nella cura dei casi limite

In questo lavoro propongo alcune considerazioni sulle difficoltà teoriche e tecniche che si incontrano nella cura dei casi limite, difficoltà che talvolta esitano nell'interruzione del trattamento.

A fini esemplificativi mi riferirò ad un'esperienza clinica con una giovane ventenne M. ma le mie riflessioni nascono anche da altre esperienze fallimentari a cui farò brevi cenni, ovvero consultazioni che non si sono sviluppate in terapie e analisi che si sono interrotte.

Mi accingo a raccontare la storia clinica di M. sostenuta dalle parole confortanti di Freud (1914, p.489) che in uno dei suoi casi più difficili, l'*Uomo dei Lupi*, scrive che le analisi che raggiungono una felice conclusione "sono preziose perché accrescono la considerazione che ha il medico di se stesso [...]. Ma per quanto concerne il progresso delle conoscenze scientifiche sono perlopiù irrilevanti". Freud non smise mai di interrogarsi sugli ostacoli che si frappongono al successo della terapia psicoanalitica, basti pensare agli scritti testamentari *Analisi terminabile e interminabile* (1937) e il *Compendio* (1938) nei quali, senza dare risposte definitive, metteva sempre più in evidenza l'impatto della pulsione di morte. Freud già allora rifletteva su quei pazienti che, dopo di lui, verranno chiamati 'casi limite' diventando in futuro un tema di crescente interesse.

Venendo alla psicoanalisi contemporanea, l'osservazione clinica rileva che molti degli insuccessi nel trattamento dei pazienti borderline sono connessi alla difficoltà a risolvere un legame passionale con l'oggetto primario che, se pur accusato di tutti i mali, è al contempo impossibile abbandonare (Green, 1993). Nella sua rassegna di casi fallimentari, lo stesso Green (2010) sostiene che in queste vicende cliniche è sempre la madre arcaica a occupare il centro della scena.

Nella storia di questi pazienti scopriamo un ambiente primario insufficiente in cui il bambino è stato sottoposto a gravi pressioni ambientali, per eccesso o difetto (Winnicott, 1965), a cui ha reagito sviluppando difese primitive, divenute poi una modalità inconscia che altera permanentemente l'organizzazione psichica, impedendole di svilupparsi secondo i modelli abituali basati sul principio di piacere. Le esperienze primarie sufficientemente buone possono infatti favorire il legame delle pulsioni o, nel caso contrario, costituire un ostacolo alla loro strutturazione.

Osserviamo nei pazienti con un'infanzia gravemente danneggiata un rifiuto coatto all'esperienza relazionale positiva (Green, 2010): la delusione nota, vissuta nel rapporto con l'oggetto primario, è maggiormente investita e riprodotta della possibile sofferenza arrecata dalla speranza: "le

manifestazioni della negatività sono diventate introiezioni identificatorie, più costrizioni che scelte” (*Ibidem*, p.171). “Ciò che è negativo è più sicuro, più prevedibile del positivo; il male è meglio del bene, più incerto, quindi il male viene investito e riprodotto in misura maggiore” (Roussillon 2016, p.178). Paradigmatiche le parole della mia paziente: “*A causa della mia negatività rovino sempre tutto!*”.

Questo tipo di narcisismo tende alla costituzione di una ‘non relazione’ per rendersi invulnerabile alle iniziative dell’oggetto con la conseguenza di provocare talvolta anche il fallimento dei tentativi di cura dell’analista. Si tratterebbe dunque dell’istituzione non di un transfert negativo ma eventualmente di un transfert inaccessibile, narcisistico, impermeabile a qualsiasi trasformazione.

Alla luce di queste premesse, è evidente che la questione borderline interroga il problema dell’istituzione di un limite all’oggetto primario. Non si tratta in questi casi – afferma Pontalis (1988) – di identificazione con l’oggetto ma di una sorta di ‘possessione’ da parte di un oggetto onnipotente, di cui il paziente non può fare a meno per garantire a se stesso l’esistenza secondo un regime di reciproca appartenenza. L’oggetto borderline, traumatico o presente nella sua assenza, assume una valenza paradossale che obbliga il paziente a un impegno e un’attenzione costanti.

Questa problematica si interseca, perfino esplose con l’avvento della pubertà e il lavoro dell’adolescenza che, come sappiamo, annovera tra i suoi compiti fase-specifici la separazione dai genitori dell’infanzia, l’elaborazione del lutto ad essa conseguente e dunque l’accesso alla genitalità adulta. Non a caso la patologia borderline è stata accomunata all’adolescenza *tout court*¹.

Sul versante intrapsichico, la questione problematica del ‘limite’ si riferisce nei giovani borderline a tre possibili declinazioni, come magistralmente descritto da Monniello (2015) nella prefazione al numero *Limiti* di *AeP*: la *barriera somato-psichica*, la cui permeabilità sarebbe all’origine dell’irruzione nello psichismo di eccitamenti somatici non legati; il limite costituito dallo ‘*schermo antistimolo*’ che separa la vita psichica dalla realtà materiale e, infine, la funzione limite del *preconscio* la cui inefficacia lascia comparire le fantasie terrifiche degli adolescenti borderline.

I limiti somatici, della morte, delle scelte esistenziali, delle fantasie e della realtà... tutti questi limiti sono quanto fondamentali in adolescenza tanto assillanti per il borderline. Più in generale “la delimitazione di un proprio luogo psichico interroga radicalmente le basi narcisistiche del soggetto” (*Ibidem*, p.12).

¹ Dobbiamo a Kernberg (1984) la definizione di organizzazione borderline come una peculiare e stabile psicopatologia caratterizzata da diffusione dell’identità, specifiche difese e patologia delle relazioni oggettuali se pur in un assetto sintomatologico variegato e complesso. Kernberg (2001, a cura di, Novelletto, Masina) ha inoltre proposto la distinzione tra i concetti di *crisi d’identità*, tipica dell’adolescenza, e *diffusione d’identità*, tipica dell’organizzazione borderline, un’utile bussola per distinguere al di là dei sintomi e degli agiti più appariscenti il funzionamento psichico sottostante e il rischio evolutivo ad esso associato.

Ricordo le parole di una mia paziente difficile G., una ragazza di 15 anni, che in merito alle inevitabili incursioni della madre psicotica nella sua stanza, e soprattutto nel suo mondo interno, affermava: *“Per stare tranquilla dovrei murarmi viva nella mia stanza”*. E ancora: *“C’è una aria tossica in quella casa, piena di gas... basta solo una scintilla perché tutto prenda fuoco”*.

È stato anche a causa di questa impossibilità ad avere uno spazio per sé che poco tempo dopo G. ha tentato il suicidio, assumendo una quantità eccessiva degli stessi psicofarmaci che la mamma le somministrava in modo ossessivo, come tentativo paradossale di stabilire una separazione impossibile dalla madre. Eppure, a conferma dell’estrema ambivalenza della loro relazione, è la stessa G. che, in una sorta di unione mistica con la madre, afferma che nessuno mai si può permettere di criticarla e che il dolore per lei più grande sarebbe la morte di sua madre: *“non posso immaginare la vita senza mia mamma...”*.

In queste condizioni paradossali la pubertà si installa in un terreno psichico dove voragini dell’infantile rischiano di risucchiare il lavoro del pubertario. Il giovane può cedere a una grave *empasse* evolutiva fino al rischio di un crollo psicotico.

In altri termini, la figurabilità, la rappresentazione e la messa in parola necessitano della sperimentazione di movimenti di presenza e assenza dell’oggetto che solo consente lo sviluppo del pensiero e della soggettività. Si tratterebbe dunque dell’area della transizionalità winnicottiana che Green (1993) ha altrimenti formulato nella versione positiva del ‘lavoro del negativo’.

Allora come può l’analista posizionarsi nel ‘corpo a corpo’ tra il paziente e l’oggetto interno? Come promuovere l’esperienza di una nuova relazione, quello scarto tra l’analista e l’oggetto interno che apra un varco alla speranza?

Presentazione del caso clinico

Gli impedimenti alla cura

“Mi è capitato sovente, in quanto analista, di incarnare nel transfert un’immagine paterna ‘sufficientemente buona’, grazie al quale l’Edipo ha potuto conoscere una forma di riparazione. Ma, anche se a volte sono riuscito a rappresentare un’immagine materna accettabile e persino, a tratti, benevola e riparatrice, essa non mi ha mai fatto dimenticare la madre primitiva. Gli sforzi profusi in questo senso sono stati, spesso, deludenti davanti alla sua indistruttibilità” (Green, 2010, p.169).

A partire dall’esperienza clinica propongo alcune questioni problematiche di natura più generale. La storia di M. mi ha profondamente toccato e da subito convocato in una relazione ad alta intensità affettiva tuttavia la cura ha incontrato fin dall’inizio numerose difficoltà e ostacoli al suo proseguimento.

- *La qualità paradossale del transfert*²

L'analista in rapporto a queste aree di funzionamento psichico si trova in una condizione al limite della propria capacità. Se nel transfert si ripropone la qualità persecutoria del legame con l'oggetto interno e l'impossibilità separativa, la dinamica transferale, motore della cura e fondamento della tecnica analitica, diviene paradossalmente il suo ostacolo principale.

Se il transfert ha di per sé da sempre questa doppia faccia, si gioca tra ripetizione e speranza di cambiamento – “nessuno può essere battuto in absentia o in effigie” (Freud, 1912) – in queste situazioni cliniche tale doppiezza diviene esasperata. Già Freud (1901, p.397) distingueva nella sua concettualizzazione del transfert tra “rifacimento” e “ristampa” alludendo allo spazio terapeutico possibile: “Vi sono traslazioni il cui contenuto non differisce in nulla da quello del modello, se si eccettua la sostituzione della persona [...]. Altre sono compiute con più arte; subiscono una mitigazione del loro contenuto, una sublimazione [...] appoggiandosi su una qualche particolarità reale, abilmente utilizzata, della persona del medico o del suo ambiente. In questo caso non si tratta più di ristampe ma di rifacimenti”.

Non a caso Freud parla di arte del transfert, intendendo quel certo grado di libertà creativa, permesso da Eros, che consente il lavoro in coppia. Tuttavia nelle aree di funzionamento “*Al di là del principio di piacere*” (Freud, 1920) l'analista si confronta con una paradossalità che sovverte la differenziazione tra buono e cattivo, tra piacere e dispiacere, producendo la paralisi del funzionamento psichico fondamentale, la crisi del modello della nevrosi e della tecnica su esso fondata.

In questi quadri clinici l'intersichico s'impone sull'intrapsichico. Nel caso dell'esperienza con un oggetto primario folle e sadico la delusione nota è meglio della possibile sofferenza arrecata dalla speranza (Roussillon, 2016). L'illusione necessaria al dispiegarsi del transfert, che sempre accompagna la ripetizione, può essere quindi bloccata. Oppure, superata la fase di consultazione, può accadere che nell'avvio del trattamento la coazione a ripetere prevalga sulla speranza di cambiamento. Proprio quando il paziente accarezza la possibilità di sentirsi compreso, la sua condizione clinica tende paradossalmente a peggiorare fino all'estremo di quella che viene definita ‘reazione terapeutica negativa’³.

Mi spingo oltre.

² Ho trovato conferma alla mia formulazione in un lavoro di Didier Anzieu del 1986 “*Paradoxical transference: from paradoxical communication to negative therapeutic reaction*” che utilizza la stessa espressione “transfert paradossale” per evidenziare la particolare qualità del transfert nel lavoro con i casi limite.

³ Rimando al lavoro di Novelletto (2009) “*Reazione terapeutica negativa: è un concetto ancora utile?*” che discute e contesta l'utilità dello stesso concetto di reazione terapeutica negativa, sia per gli adolescenti che in generale per ogni forma di trattamento psicoterapeutico.

In questi casi è lecito parlare di transfert per come lo si intende nel modello classico?

Se è vero che è solo grazie a questi schemi relazionali interiorizzati che possiamo agganciare il paziente, potremmo affermare provocatoriamente che il transfert in questi casi è proprio una ‘patata bollente’ e, per quanto possibile, sarebbe bene che la persona dell’analista ne stesse alla larga!

Nelle condizioni limite il terapeuta lavora auspicabilmente circa la possibilità di ‘lateralizzare’ la propria posizione. È piuttosto il concetto di “transfert sulla seduta” (Gutton, 2013) a costituire un utile riferimento interno affinché la seduta divenga un luogo terzo da cui poter osservare, insieme al paziente, cosa accade nella sua vita e come funziona la sua mente. Da questa alleanza il paziente sente che può trarne beneficio.

- *Messe alla prova dell’analista: disillusione e minacce di interruzione*

In queste situazioni cliniche sono spesso presenti quelli che vengono definiti attacchi al setting o alla relazione che preferisco chiamare ‘messe alla prova’ dell’analista.

Marta sembra sentirsi dannata a una vita fallimentare. La disillusione sopravanza e il paziente rimane fissato all’oggetto nella forma di un odio inestinguibile e intrattabile finanche a rinunciare ad attuare i desideri riparativi con il terapeuta che rischia di rimanere masochisticamente confinato nel ruolo della ‘madre cattiva’. Ne conseguono messe alla prova della relazione analitica fino all’interruzione dell’analisi come tentativo paradossale di separazione dall’oggetto folle. Il paziente dice all’analista quel ‘no’ che non ha potuto dire all’oggetto primario (Pontalis, 1988). In questa condizione di incesto di apparati psichici “L’analisi incontra in se stessa ciò che la nega” (*Ibidem*, p.105).

D’altra parte le minacce di interruzione e la disillusione del paziente sembrano invocare il terapeuta a incarnare un oggetto autenticamente disponibile a cui potersi affidare piuttosto che dal quale doversi costantemente difendere. Dunque un oggetto presente finalmente da assentare. Sono infatti frequenti i tentativi di M. di allontanarsi e avvicinarsi nella nostra relazione per sperimentare l’equilibrio complesso tra l’esistenza del Sé e l’esistenza dell’oggetto. È a partire da questi movimenti di vicinanza e assenza dell’oggetto analista che si può riproporre una delle qualità fondamentali della cura primaria, necessaria allo sviluppo della vita psichica (Bion, 1962, 1967).

Nel corso dell’analisi finora condotta, ho osservato l’oscillazione tra fasi in cui per M. divento l’oggetto cattivo e altre fasi in cui posso lateralizzare la mia posizione e aprire il dialogo sul suo funzionamento mentale e le difese che ha dovuto attuare per proteggersi dalla follia materna. Più che interpretare i contenuti del suo discorso mi pare che la segnalazione puntuale delle sue difese, dei suoi vissuti paranoidi, della percezione negativa e disillusa dell’altro sia necessaria alla differenziazione di ciò che in M. è originale e ciò che invece è vincolato alle impronte traumatiche del passato.

L'interpretazione d'altronde si scontra con un oggetto iscritto nella carne, una forma di esperienza incarnata nel Sé che talvolta appare indistruttibile e irrompe sulla scena analitica come riproduzione delle esperienze precoci. In questo senso l'esperienza della relazione con la persona dell'analista sembra preliminare alla costituzione dello spazio analitico. "La risposta attraverso il controtransfert è quella che avrebbe dovuto aver luogo da parte dell'oggetto" afferma Green (1974, p.92).

- *Quale setting ?*

Dalle riflessioni precedenti ne consegue la questione problematica del setting e della sua concettualizzazione. Certamente nei casi più difficili il setting si rivela nella sua essenza come uno strumento da declinare psicoanaliticamente secondo le esigenze del paziente.

Per quanto concerne il setting esterno e le sue coordinate spazio-temporali, con M. la scelta di un *vis à vis* meno intensivo è stato necessario per mitigare l'angoscia dell'incontro, legata alla persecutorietà dell'oggetto interno e al rischio della sua perdita. Nel *vis à vis*, afferma Cahn (2004, p.105), "né distrutto né confuso con l'oggetto interno, l'oggetto, restando esterno, protegge l'Io dall'angoscia della perdita d'oggetto o da una invasione confusiva e persecutoria". Lo stesso Green (2010, 2012), riferendosi anche ai lavori di Cahn, ne ha più volte evidenziato la necessità.

La questione che quindi emerge nel lavoro con M. interroga soprattutto il setting interno dell'analista, ovvero la disponibilità a farsi usare dal paziente affinché possa attingere a quei processi di simbolizzazione necessari all'appropriazione soggettiva di aree traumatiche precoci esperite e mai simbolizzate. Il setting interno è quindi inteso sia come consapevolezza di ciò che è in gioco nella relazione, nei vari passaggi del lavoro analitico, sia come costanza della disponibilità del terapeuta, il quale è convocato ad un intenso lavoro autoanalitico per oscillare tra presenza e distanza ottimale ed evitare il collasso sull'oggetto interno. In queste condizioni cliniche abbiamo infatti a che fare con due regimi di funzionamento: uno forse edipico e l'altro certamente più arcaico e, soprattutto, con la difficoltà di capire quali occupi la scena in quel dato momento.

Tuttavia il riferimento al setting interno dell'analista mi pare che in parte aggiri la questione: se il setting nevrotico si rifà al modello del sogno, promuove la regressione, la libera associazione e parimenti l'attenzione fluttuante dell'analista, a quali funzioni assolve il setting per un caso limite? Sarebbe forse necessaria una concettualizzazione altrettanto chiara e pragmatica su che cosa sia il setting per un caso limite e con quali parametri concreti attuarlo?

Se è chiaro che il setting costituisce di per sé un agente terapeutico, parlare di allargamento o elasticità del setting preclude forse una migliore definizione dei diversi setting⁴ di cura.

⁴ Mi riferisco anche a quell'insieme di regole pratiche, che costituiscono il 'contratto terapeutico', che tentiamo di proporre in modo stereotipato, e spesso senza successo, anche ai pazienti con funzionamento borderline: pagamento delle sedute mancate, rigidità della frequenza delle sedute, rispetto delle pause estive-invernali, contatti telefonici...

Il riconoscimento dell'alternanza o meglio della compenetrazione tra il setting inteso come terzo, promotore, in quanto tale, di un lavoro di soggettivazione e il setting inteso invece in senso regressivo/riparativo è un aspetto di cui tenere conto nelle diverse fasi della relazione analitica.

Per concludere

Nonostante l'attraversamento di intense ondate distruttive e la mia preoccupazione che l'analisi possa improvvisamente interrompersi, un obiettivo ragionevole del lavoro con M. mi pare il riconoscimento delle sue difese primitive, conseguenti ai traumi, e la riflessione condivisa su come queste agiscano nell'attualità della sua vita.

Si è forse aperto un varco alla speranza, alla possibilità di disincarnarsi dal tempo della ripetizione? Sarà possibile assumersi il rischio di un cambiamento ?

Siamo in bilico tra presente e passato alla ricerca di un futuro possibile.

Bibliografia

- Anzieu D. (1986). Paradoxical transference: from paradoxical communication to negative therapeutic reaction. *Contemporary Psychoanalysis*, vol. 22, n. 4.
- Aulagnier P. (1984). Come una zona sinistrata. In: Balsamo M., a cura di, (2014). *Momenti psicotici nella cura*. Franco Angeli, Milano.
- Bion W. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.
- Bion W. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo Psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970.
- Cahn R. (2004). *La fine del divano?* Borla, Roma.
- Freud S. (1901). Frammento di un'analisi di isteria (Caso clinico di Dora). *OSF* 4.
- Freud S. (1912). Dinamica della traslazione. *OSF* 6.
- Freud S. (1914). Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'Uomo dei Lupi). *OSF* 7.
- Freud S. (1920). Al di là del principio di piacere. *OSF* 9.
- Freud S. (1937). Analisi terminabile ed interminabile. *OSF* 11.
- Freud S. (1938). Compendio di psicoanalisi. *OSF* 11.
- Green A. (1974). *Psicoanalisi degli stati limite*. Cortina, Milano, 1991.
- Green A. (1993). *Il lavoro del negativo*. Borla, Roma, 1996.
- Green A. (2010). *Illusioni e disillusioni del pensiero psicoanalitico*. Cortina, Milano, 2011.
- Green A. (2012). *La clinica psicoanalitica contemporanea*. Cortina, Milano, 2016.
- Kenberg O. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Boringhieri, Torino, 1987.
- Monniello G. (2015). Prefazione. *AeP*, anno X, n.1, pp. 11-14.
- Novelletto A. (2009). *L'adolescente nella psicoanalisi*. Astrolabio Editore, Roma.

- Novelletto A., Masina E., a cura di, (2001). *I disturbi di personalità in adolescenza*. Franco Angeli, Roma.
- Pontalis J.B. (1988). No, due volte no. In: *Perdere di vista*. Borla, Roma, 1993.
- Roussillon R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. PUF, Paris.
- Roussillon R. (2016). La funzione dell'oggetto nel legare e slegare le pulsioni. Distruttività e sopravvivenza dell'oggetto. *L'annata psicoanalitica internazionale*, 8, pp. 173-194.
- Winnicott D.W. (1949), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore, Roma 1970.
- Winnicott D. (1974 [1971]). La paura del crollo. In: *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano, Raffaello Cortina, 1995.