

VANNA BERLINCIONI

Il trauma psichico: studio di un caso clinico

“Tra uccidere e morire, c’è una terza via: vivere”

Christa Wolf (*Cassandra*, p. 132)

Introduzione

In questo lavoro esporrò un caso clinico complesso dove s'intrecciano aspetti problematici della pratica psicoanalitica. Stella è una signora sulla quarantina che si accosta progressivamente all'analisi dopo un passaggio attraverso l'istituzione pubblica dove io lavoro. Qui la paziente venne da me trattata dapprima con una breve psicoterapia individuale *vis à vis*, mentre si trovava in uno stato di scompenso psichico acuto, in un quadro psicopatologico poliedrico sul quale avevano inciso esperienze traumatiche di qualità e intensità diverse. Il trattamento di Stella proseguì con una terapia di gruppo, da me condotta, dedicato a pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Infine la paziente mi chiese una terapia analitica nel mio studio privato. L'analisi, a tre sedute settimanali, ha raggiunto, dopo sette anni, la sua fase conclusiva.

Questo *gradus ad Parnassum* documenta quali possono essere oggi le condizioni di accesso all'analisi per pazienti gravi. A tali situazioni corrisponde un impegno analitico alquanto differente dal tradizionale approccio alla terapia da parte di un soggetto nevrotico che riceve e accetta fin dall'inizio l'indicazione all'analisi "classica".

Casi del genere sollevano una serie d'interrogativi sia teorici, sia clinici. Quelli teorici riguardano l'idea psicoanalitica dell'esperienza traumatica, della sua evoluzione nella storia della psicoanalisi freudiana e postfreudiana in riferimento a quadri clinici molto diversi tra loro. La possibilità di studiare questo caso su un lungo periodo di tempo mi ha permesso di esaminare il problema del trauma sotto varie e inconsuete angolature, che possono sfuggire a un trattamento analitico tradizionale. La varietà dei setting che si sono avvicendati trovano la loro unità nell'assetto interno dell'analista; nello stesso tempo l'aver potuto accedere, in un secondo tempo, al setting "canonico" dell'analisi ha permesso un approfondimento elaborativo altrimenti impensabile. Si è così potuto attingere a livelli intimi e profondi dell'esperienza soggettiva e relazionale. Ritengo che la via un po' anomala di approccio all'analisi abbia permesso di effettuare una cura che ha conquistato al lavoro analitico una persona originariamente lontana da una prospettiva del genere. Prima di addentrarmi nella cura analitica propriamente detta, argomento di questo lavoro, desidero ricordare che i trattamenti psicoterapeutici precedenti, da me effettuati con Stella, sono stati oggetto di un articolo sui "Quaderni de Gli argonauti" nel 2008, al quale rimando come necessaria premessa. Dirò solo che nella storia clinica di Stella tre sono i momenti teorico-clinici rilevanti: da un lato l'esperienza psicotraumatica, con la sua temporalità paradossale; dall'altro la patologia anoressico-bulimica che ha caratterizzato la paziente fin dall'adolescenza e infine una strutturazione istero-ossessiva della personalità. Commenterò, inoltre, l'emergenza delle intense fantasie figliide intervenute dopo la prima gravidanza, che interesseranno una buona parte dell'analisi. In pratica ho seguito questa paziente complessivamente per una quindicina d'anni, con un intervallo di più di un anno tra la fine della psicoterapia di gruppo e l'inizio dell'analisi vera e propria. Un tempo lunghissimo condizionato dal fatto che il passato traumatico priva i pazienti come Stella della loro capacità immaginativa: è l'analisi che dà la possibilità ai processi di pensiero di riattivarsi, costituendo un vero e proprio "antidoto al concreto" (Zucca Alessandrelli, 2014).

Sul trauma

Il modo di riferirsi al trauma in psicoanalisi è stato e continua ad essere molto controverso, soprattutto per ciò che concerne la valorizzazione della dimensione "reattiva" all'evento traumatico da un lato, o la sottolineatura degli elementi endogeni e disposizionali dall'altro. Come si sa, alla categoria del traumatico Breuer e Freud (1893) diedero molto rilievo, suggerendo che l'espressione di emozioni connesse alle esperienze traumatiche

infantili inconsce potesse condurre, per via di "catarsi", alla "guarigione" del soggetto. La concezione del traumatico subirà fondamentali evoluzioni già nel pensiero di Freud, a cominciare dalla teoria del trauma sessuale infantile da parte degli adulti, per passare alla scoperta del ruolo patogeno delle fantasie inconsce; a partire dal 1920, l'impatto del trauma sul soggetto verrà concettualmente connesso all'impotenza basale del neonato (*Hilflosigkeit*), mentre in seguito Freud metterà l'accento sul legame tra trauma e perdita dell'oggetto. Infine, nelle sue ultime opere, vedrà nell'esperienza traumatica l'effetto di un narcisismo ferito (Bokanowski, 2005, p. 493). Nonostante la famosa rinuncia freudiana al trauma sessuale infantile annunciata nella nota lettera a Fliess del 21 settembre 1897, si vede bene come il riferimento al trauma venga elaborato dai molteplici punti di vista della metapsicologia, senza che le diverse ipotesi succedutesi si escludano a vicenda (Berlincioni, 2008, pp. 7-8).

È ovvio che l'estensione e l'intensità del trauma abbiano una rilevanza nel produrre un disturbo nel soggetto, ma ciò che allo psicoanalista interessa soprattutto esplorare è la soggettività delle risposte, il modo singolare di percepire e di dare significato all'esperienza traumatica (Petrella, 1994). Sono comunque convinta che il trauma cumulativo, nell'adulto come nel bambino, possa predisporre all'insorgenza di gravi conseguenze come il blocco delle emozioni, l'anestesia affettiva, la limitazione cognitiva, fino all'alessitimia e all'anedonia (Mariotti, 2008, p. 27). Ferenczi (1933, 1934) ritiene che ripetute esperienze traumatiche nel corso dello sviluppo alterino la costituzione dell'oggetto interno primario: nella situazione traumatizzante si crea una "confusione delle lingue", dove il "linguaggio della tenerezza" è confuso con "il linguaggio della passione". Scrive Corbella riprendendo il pensiero di Ferenczi: "il trauma è un grave fattore di disturbo nella strutturazione psichica e relazionale del soggetto poiché è contemporaneamente un'addizione e una sottrazione di qualcosa che modifica, mediante operazioni d'intrusione e estrazione, le funzioni mentali dell'infante e del bambino" che viene così privato della possibilità di sviluppare un narcisismo sano. Quella traumatica è "una configurazione particolare dove i bisogni dell'adulto prevalgono su quelli del bambino che si trova così misconosciuto, cioè denegato. Il diniego grava essenzialmente sia sui vissuti affettivi sia sul processo di pensiero" (Bokanowski, 2005, p. 495).

Il trattamento di pazienti che hanno subito gravi e ripetute esperienze traumatiche è pertanto quasi sempre lungo e difficoltoso. Soprattutto quando ci si trova di fronte a un passato caratterizzato da gravi trascuratezze e carenze affettive, la cura può presentare il rischio dell'interminabilità (Vallino, 2002, p. 6) o addirittura evidenziare l'inanalizzabilità dell'area traumatica, quando essa è intimamente correlata a esperienze intollerabi-

li che condizionano una sorta di morte psichica del soggetto (Correale, 1997, p. 204). Il trauma, infatti, è l'evento che non può essere storico, denegato o ripetuto compulsivamente all'infinito. Vallino scrive che questi pazienti sono così tenacemente "incollati a identificazioni patologiche alienanti" da necessitare una vera e propria "rianimazione psichica". Il superamento della "solitudine vergognosa annichilente" e dei sentimenti d'inadeguatezza e di colpa che caratterizzano il vissuto di questi pazienti è indispensabile all'elaborazione del trauma, e quindi al ritorno "nella spirale del divenire del tempo che, insieme al ricordo del passato, permette di vivere il presente e di guardare al futuro con speranza, oltre la disperazione" (Corbella, 2008, p. 41). Un altro rischio da tenere ben presente è che la cura paradossalmente diventi per i soggetti traumatizzati, il loro "problema principale" e che il recupero dei ricordi possa diventare esso stesso più traumatico che catartico (Sandler, Fonagy, 1997; Bromberg, 1998). La vicenda clinica di Stella si sviluppa in conseguenza di un evento traumatico: un grave incidente automobilistico in cui la sua amica Anna perse la vita. Stella, che era alla guida, uscì invece illesa dall'incidente. Questa circostanza rappresentò in realtà il culmine di un'esistenza già segnata da ripetute esperienze negative anteriori e da relazioni primarie traumatizzanti che avevano condizionato la sua crescita e la formazione del suo carattere. L'incidente, più della bulimia e della paura di morire di cui Stella soffriva fin dalla prima adolescenza, le diede il diritto di ottenere un'attenzione più rispettosa da parte dei familiari e costituì un "ottimo pretesto" per fare la prima vera scelta autonoma e consapevole della sua esistenza: quella di chiedere un aiuto psicologico.

L'esperienza analitica

a) La fase iniziale

Dopo la dimissione dal gruppo nel 2007, Stella porterà a termine la sua prima gravidanza e darà alla luce, nel 2008, Aurora. La difficile assunzione del ruolo materno rimetterà in tensione le identificazioni patologiche con una madre insufficiente e intrusiva e un padre idealizzato e abusante. Il nuovo percorso riprenderà in chiave differente gli elementi strutturali emersi nei trattamenti precedenti alla cui descrizione si rimanda (Berlinioni, 2008). La richiesta di analisi avviene alcuni mesi dopo la nascita della bambina, in conseguenza di una depressione *post partum*, accompagnata dalla convinzione di essere una madre inadeguata e di poter fare del male alla figlia. Teme di non riuscire a controllare i suoi impulsi ed è nuovamente preda dei rituali ossessivi già manifestati in passato, volti in questo caso a scongiurare il pericolo di uccidere Aurora: "Se non mangio dolci,

Aurora non morirà prima di me. Se non fumo non le farò alcun male ecc.”. Discuto con lei della possibilità di rivolgersi a un altro analista, dato che aveva già fatto con me una esperienza terapeutica. Stella mi dice di averci già pensato e di aver concluso di voler proseguire il suo cammino con me e solo con me, proprio perché “ci conosciamo già”. Mi prendo un po’ di tempo per pensarci: so che proseguirei volentieri con Stella il lavoro svolto nel gruppo istituzionale, consapevole del fatto che, sebbene la terapia precedente avesse dato buoni frutti, avremmo potuto fare ancora molta strada insieme. Penso inoltre che Stella, in questo momento di urgenza, avrebbe potuto vivere un passaggio di mano come un rifiuto inspiegabile e mortificante. Così decido di accogliere la richiesta, nonostante questo *iter* inconsueto.

Nel corso dell’analisi Stella diventa una prolifica sognatrice: il suo materiale onirico mi è sempre sembrato molto ricco ed evocativo. Per questo riporterò qui, tra i numerosi sogni dell’analisi di Stella, quelli che mi sono sembrati particolarmente significativi per indicare lo sviluppo del lavoro analitico. Il primo che mi colpì è il seguente:

“Sogno che lei, dottoressa, m’invita a sdraiarmi sul lettino analitico, che è il lettino della mia infanzia, quello che stava nella camera dei miei genitori. Io mi arrabbio e ci resto malissimo, perché lei ha un atteggiamento derisorio nei miei confronti, come se volesse prendermi in giro. Poi compare un mio compagno di scuola, che m’insegna a far la lotta con le mani e con i piedi, ma lui ha la meglio e mi domina”.

I commenti riguardano le sue rivendicazioni nei confronti di una madre poco comprensiva, irridente, sempre troppo ironica e tagliente, brusca, sbrigativa e deludente con cui Stella si è sempre sentita in contrasto e da cui temeva di essere manipolata e dominata. Nel transfert questo si traduceva in un atteggiamento spesso compiacente, seduttivo e complimento-so: come paziente doveva sempre essere inappuntabile, fare e dire la cosa “giusta”, “tenermi buona” e mai lasciar trapelare la sua diffidenza e la sua rabbia. Nel sogno la stanza d’analisi è la stanza dei genitori, il luogo dove si manifesta tutto il suo senso di impotenza e la sua ambivalenza.

Stella era sempre alla ricerca di un contatto positivo con me (alla fine della seduta mi stringe spesso la mano con entrambe le sue). Desiderava, come già era accaduto nella terapia di gruppo, trovare in analisi una “mamma speciale che non la deludesse”: io ero questa figura “bella, sempre ben vestita, intelligente, forte”, un modello ideale in cui rispecchiarsi, ma di cui però temeva il giudizio. Le sue aspettative nei confronti dell’analisi erano elevate, a maggior ragione in un momento della sua vita in cui la sua fiducia nelle proprie capacità materne era venuta meno. L’analisi

era dominata dalla fantasia di acquistare qualità che l'avrebbero potuta trasformare in una madre perfetta, come supponeva fossi io, libera da ogni pensiero negativo.

Stella, figlia di un padre orfano, a lungo istituzionalizzato e di una madre insoddisfatta e depressa, sembra essere stata investita fin dalla nascita dalle massicce proiezioni narcisistiche dei genitori. Ella non sembra essere stata messa al mondo “per essere gradualmente riconosciuta come individuo distinto, con i suoi bisogni e fragilità, ma per sanare lacune antiche, per curare la solitudine e la depressione della mamma, per realizzare i sogni infranti del papà”. Si delinea qui quella “vocazione alla sofferenza” sorta di “maledizione che si trasmette ineluttabilmente di generazione in generazione – di cui parla Zucca Alessandrelli (2012, p. 64) –, destino avverso cui non resta che arrendersi masochisticamente” e a cui sarebbero potenzialmente esposte anche le generazioni successive.

Nella sua vita ogni situazione legata al piacere (giocare, fumare, mangiare, fare sesso) ha come suo *pendant* negativo uno scenario di morte. L’elaborazione di questo aspetto ha rappresentato un punto nodale dell’analisi. Riassumo qui una serie di episodi salienti via via emersi nel corso della cura e tutti legati in vario modo alla morte.

– Intorno ai suoi 7-8 anni un’amichetta della stessa età, Marianna, morì di leucemia. “Avevo tanto desiderato le sue bambole, perché ne aveva di bellissime e molte più di me”. La madre di Marianna *alla morte della figlia* le regalò a Stella. Da allora desiderio delle bambole e morte dell’amica furono strettamente associate a un senso di colpa inconscio.

– Fino agli 8 anni Stella aveva dormito in camera con i genitori e aveva ripetutamente assistito ai loro rapporti sessuali. Quando si trasferì nella cameretta adiacente, continuò comunque a sentire e spiare i loro giochi erotici (orientando lo specchio dell’armadio sulla porta aperta della camera dei genitori). È in quell’anno che la madre, rimasta incinta, *interruppe volontariamente la gravidanza*.

– Alla *morte del nonno*, Stella, diciottenne, andò a dormire con la nonna in una camera più lontana da quella dei genitori.

– Da piccola pensava di essere *troppo bella per poter rimanere in vita*.

– Per riuscire a flirtare col ragazzo che le piaceva¹, aveva “causato” *la morte della sua amica Anna* nell’incidente. Tale evento funesto aveva rinforzato l’equivalenza megalomanica tra pensare e agire già presente nella sua

1. La sera dell’incidente Stella aveva chiesto ad Anna di uscire con lei allo scopo di incontrare un ragazzo che le piaceva. Anna l’accompagnò senza dirlo alla madre. Stella rimuginava ossessivamente sulla sua responsabilità e colpa nell’incidente, nella convinzione che Anna avesse perso la vita per assecondare il suo piacere.

mente: "Ho pensato che quella sera Anna sarebbe stata un terzo incomodo, (come Stella si era sentita tante volte rispetto ai genitori) e lei è morta davvero!".

Molto spesso in analisi, attraverso i suoi sogni e i suoi racconti, mi fa sprofondare in un'atmosfera molto erotizzata e incestuosa, in cui sembra volermi esporre all'eccitazione, al disgusto e ai conseguenti sentimenti di colpa che, fin dalla prima infanzia, avevano colonizzato la sua mente e il suo corpo. Se non facevo commenti su questo materiale, aveva l'impressione che io la "lasciassi cadere nel vuoto", in preda alla paura di essere giudicata "una puttana". Doveva allora "fare la santarellina" o incarnare la parte di un'intransigente moralizzatrice dei costumi. Una volta così commentò il suo stato d'animo: "Mi sembra di avere due personalità: quella che metto a nudo qua, in analisi, e quella di fuori, che non deve far del male a nessuno. So che bene e male non sono così scissi, sono io che sono scissa! Ci sono due Stelle; una presentabile che ha la dignità di stare insieme agli altri e una indegna che deve morire". Dorothy Bloch (1965, p. 54; 1974, p. 9) descrive casi di pazienti ossessivi sottoposti al sadismo dei genitori, che si difendono dal loro odio inconscio, trasformando e mistificando la realtà. Il sentimento di auto svilimento e i comportamenti autolesivi dei pazienti (uno di questi per Stella era il vomito autoindotto) servirebbero a giustificare la distruttività che essi percepiscono nei genitori e a mantenere la convinzione che i genitori vorrebbero amarli, ma non possono in quanto sono loro stessi che si fanno odiare. Attraverso questo espediente possono inoltre alimentare la speranza che se cambiassero e valessero di più, potrebbero riguadagnarsi l'amore dei genitori, di cui hanno disperatamente bisogno.

La lettura di alcune opere di Freud che Stella intraprendeva per rivaleggiare con me, nascondevano anche la volontà di rendersi più interessante e amabile ai miei occhi. Man mano che la sua consapevolezza sulle caratteristiche difensive di questi comportamenti aumentava, essi le diventavano intollerabili: "Leggere Freud mi fa più male che bene, perché mi sento un'isterica!".

La preoccupazione intollerabile di perdere la mia "stima" e quindi l'affetto dei genitori in conseguenza delle sue "colpe" è un assillo costantemente presente, che si manifesta attraverso pensieri coatti: "Se fumo, ammazzerò qualcuno mentre guido la macchina" oppure "Se mangio i biscotti che adoro, Aurora si ammalerà di leucemia". L'atto del fumare sarà associato al "fare un pompino al padre", mentre il fumo rappresenta lo sperma. Ma è anche collegato al succhiare dal capezzolo il latte della mamma (dimensione edipica e preedipica). La sigaretta diventa l'emblema del suo "godimento", del suo "bisogno" e del suo "desiderio", che vengono

continuamente negati e insieme rilanciati quasi allucinatoriamente. Sono i pazienti che Mariotti (2012, p. 209) descrive come: *“Se sto bene qualcuno che amo starà male”* sottoposti a un doloroso contrappasso per cui “a qualcosa di buono non può che corrispondere qualcosa di cattivo”. Il pensiero magico trionfa e con esso la fantasia di poter controllare il corso degli eventi mediante il “sacrificio di sé”, attraverso pensieri coatti e azioni ossessivamente ritualizzate che ingombrano la mente di Stella. Pazienti che ritengono che ciò che accade nella realtà debba “dipendere completamente da ciò che essi fanno o non fanno”, “dalla loro abnegazione o dalla loro inappuntabilità” (Zorzi Meneguzzo, 2007, p. 234).

Molti ricordi in analisi riguardano i dialoghi tra Stella e la madre relativi alle attività sessuali tra i genitori molto crudi e irriguardosi della loro intimità, che spesso rasantano la volgarità. Il suo stato d'animo, un misto di curiosità, eccitazione e senso di dolorosa esclusione, mi dava la misura dell'intensità dell'angoscia che la pervadeva costantemente e della dimensione perversa di questi scambi poco tollerabili per la sua immaturità infantile. Alla fine di uno di questi racconti, riferisce il sogno fatto la notte stessa:

“Sogno di far l'amore col nonno nel suo letto che era blu come il lettino su cui sono sdraiata adesso: io esito e sono imbarazzata, ma egli m'incoraggia dicendomi di non fare la santarellina. Improvvvisamente mi viene mal di pancia e una diarrea inarrestabile: inondo il letto di fuci liquide con grande soddisfazione”.

Le dico che vorrebbe sapere se qui può portare anche i ricordi più scabrosi che la tormentano e se io sono sufficientemente capace di contenere le sue scariche emozionali e i suoi pensieri, senza che lei si debba sentire derisa (come accadeva in famiglia) o in pericolo di ritorsioni. Vorrebbe inoltre capire se le sue intuizioni sono giuste, se le posso essere d'aiuto nel distinguere il bene dal male, dove è giusto trattenersi e dove è il caso di lasciarsi andare.

Stella si sente accolta e capita. Si abbandona a uno sfogo rabbioso e dolente: “A volte odio mia figlia così intensamente che le vorrei spaccare la testa contro il muro, o lasciarla cadere nel vuoto. Tra pensiero e azione per me non c'è confine: non ho confini, non ho il senso dei miei limiti” – mi dice. “Non ho un mio stile, imito gli altri, non so cosa mi piace, non so qual è il dolce che preferisco: per anni non ne ho mangiati, oppure ne ho fatti fuori sei chili tutti insieme!”. Poi mi racconta che anche la mamma era stata esposta all'accoppiamento dei genitori che avveniva anche in presenza della nonna che stava nella stessa camera. Questa promiscuità era vissuta però come una cosa “normale e naturale”. Essi non capivano come mai Stella desse a queste esperienze una valenza traumatica, collegandole ai suoi disturbi attuali. Tutto veniva banalizzato come se fosse Stella “a fare troppe storie!”.

Le fantasie figliche atterrisono Stella facendola sentire un mostro. Teme di non riuscire a controllare la propria aggressività e di realizzarle davvero: pensa che l'unico modo per controllarle sia sparire o annientare se stessa. A me sembra che sia proprio Stella a non sapere veramente "dove sbattere la testa" e che si senta cadere in un vuoto affettivo, mentre è alla ricerca di un lettino morbido dove atterrare ed essere accolta, dove potersi riposare dagli "urti" con la madre, dagli scontri, dalle "botte" del padre, sessuali e non. "Tra uccidere e morire, c'è una terza via: vivere".

Stella commenta che forse un giorno riuscirà ad avere dei rapporti con gli altri senza doversi asservire, dandosi il diritto di sopravvivere!

Il vomito autoindotto, questa sorta di difesa "fai da te", ha per Stella una valenza salvifica: le consente di liberarsi magicamente dagli ingorghi emozionali e dalle sue fantasie inconfessabili. In certi periodi si nutriva solo di caramelle e latte. Se ne riempiva la bocca per tapparsela fino a soffocare, per non pensare. Le triturava con foga. Non riusciva a mangiare certi biscotti tondi col buco, dal nome commerciale "le macine (!)", i suoi preferiti, perché inconsciamente li assimilava alla vagina. Più nella vita si sentiva a proprio agio, più aumentavano le fantasie omicide che riusciva illusoriamente a controllare attraverso il non fumare e il vomitare. "Se non vomiti stai meglio – si diceva Stella – ma sei più fragile, perché tutto ti può penetrare e farti del male! Col vomito puoi metter dentro e buttar fuori a tuo piacimento". Spesso guardava e toccava quello che aveva vomitato, rallegrandosi "per tutto lo schifo che era riuscita a espellere". Nella sua passione per il vomito, nello spasmodico tentativo di tenere sotto controllo l'oggetto, si rivela il grado di coinvolgimento pregenitale della paziente. Più volte mi confessava in analisi, con intensa vergogna, la sua affezione per gli escrementi e gli odori corporei, le pratiche di masturbazione anale, tutto un suo mondo di fantasie radicate nel corpo, nell'istintualità, e combattute, nel suo comportamento manifesto, dalla tendenza al perfezionismo, dal suo cercare di essere sempre pura, sincera e trasparente.

Dal seguente sogno traspare la sua ambivalenza nei confronti della figura materna:

"Ho sognato due donne, una più giovane e una più vecchia, attaccate per il cordone ombelicale. Una terza mano dà un taglio netto al cordone. Le donne si staccano e cominciano ad aggredirsi e a morsicarsi a sangue. Poi si riavvicinano".

L'uscita dalla simbiosi attraverso "la terza mano" del padre che recide il cordone mette Stella di fronte alla rivalità edipica che le fa temere di per-

dere il riferimento a una madre, ricettacolo delle sue proiezioni invidiose, dalla quale non riesce a ottenere sostegno e nutrimento. Il funzionamento delle identificazioni narcisistiche patologiche ci permette di comprendere l'esistenza di condotte materne malignamente e perversamente distruttive, senza spiegarle superficialmente e ingiustamente come una volontaria perfidia della madre (Carloni, Nobili, 2004, p. 195). Tuttavia, penso che non si debba nemmeno trascurare la realtà della distruttività dei genitori e l'effetto che essa ha nel generare i disturbi emozionali dei figli. "I miti, le religioni, l'antropologia, la storia, le cronache dei giornali e il trattamento psicoanalitico dei genitori – scrive Bonasia (2001, p. 7) – testimoniano delle tendenze omicide nei confronti dei figli". E Raskovsky (1972, p. 271; 1973) postula addirittura la presenza di un impulso figilicida primario accanto al più forte sentimento di amore verso la prole.

La madre di Stella, succube del padre e delle sue pressanti richieste, cercava l'alleanza della figlia nel criticare i comportamenti del marito; ne rivelava i tradimenti per ingelosirla e stimolare inconsapevolmente un'aperta conflittualità tra padre e figlia che raggiunse, durante l'adolescenza di Stella, punte estreme. "La paura delle tempeste ti resta dentro" – diceva Stella. "So che mio padre mi adora da fuori, ma da dentro è violento!".

"Il primo pensiero che, come un grido soffocato, si affacciò alla mia mente al momento del parto fu rivolto a mio padre: 'Aurora non è figlia tua!'". "Appena mi vide dopo il parto papà mi diede un bacio sulla bocca! Cosa crede che abbia scopato con lui?". Un pensiero che rivela il desiderio edipico di avere un figlio dal padre e di far fuori la madre, e al tempo stesso la sua rabbia vendicativa nell'averlo tradito con il marito, così come lui faceva con le altre donne. "Se ho pensato questo – dirà in seguito – significa che inconsciamente credevo che Aurora fosse proprio figlia sua! Ecco perché volevo uccidere lei e me stessa!". Penso qui alla rabbia di Medea che per vendicarsi del tradimento di Giasone (vero oggetto del suo odio) uccide i due figli con lui generati. "Perché hai ucciso i nostri figli?" – chiede Giasone a Medea – "Per farti soffrire!" – risponde Medea (Euripide). Ma la vendetta di Medea serve anche a colpire il potere di Giasone e a distruggere, con l'assassinio dei figli, la propria parte infantile più fragile sottomessa e bisognosa, in preda a queste tempeste emotive. Con le fantasie figilicide Stella si vendica del padre e di se stessa per la colpa edipica. Ma la vendetta è difficile da esaurire: "Se una sola uccisione potesse saziare questa mano non ne avrei perpetrata nessuna. Anche uccidendone due, è un numero troppo piccolo per il mio odio. Se qualche creatura si nasconde ancora nel mio grembo mi frugherò le viscere con la spada e la estrarrò col ferro" (Seneca, *Medea*, vv. 1009-1013). Stella mi confessa della sua fobia

dei coltelli: li ha fatti sparire tutti da casa, per la paura di poterli usare per ferire o uccidere la figlia.

A cinque mesi dalla nascita della figlia fa questo sogno:

“Sono a letto con mio padre che poi prende il volto di mio marito. Le sue segretarie ci guardano e ci dicono: ‘Ma non si fa, è suo padre!’”.

La neonata è dunque concepita anche come un frutto incestuoso e diventa il bersaglio del suo odio colpevole. Stella si sente una mina vagante che può esplodere da un momento all’altro. Frequenti sono i suoi riferimenti alla “mamma di Cogne”. La preoccupazione che avvertivo nei suoi confronti e che mi generava una fastidiosa tensione produceva nel controtransfert il timore che veramente potesse passare all’atto: in quel periodo ogni volta che arrivava in seduta mi sorprendeva a tirare il fiato perché, anche per quella volta, non era successo il peggio. Tuttavia, sapendola (e sapendomi) anche madre attenta e amorevole, ho sempre mantenuto la fiducia che questa scissione potesse essere ricomposta. Stella è infatti anche una strenua combattente, molto motivata al lavoro analitico e profondamente, sebbene ambivalentemente, desiderosa di affrancarsi dalla sua sofferenza. E in questo eravamo alleate. Buona parte dell’analisi si è sviluppata dalla necessità di riconoscere la propria ambivalenza affettiva, nel tollerare i propri sentimenti di odio, parte integrante della relazione con le persone amate (Winnicott), nel distinguere le fantasie distruttive dagli agiti, nell’affrancarsi dalla “fantasia rassicurante” e decolpevolizzante che “le madri fanno sempre il bene dei figli”. Al contrario la madre *sufficientemente buona* è proprio quella che può tollerare di odiare il proprio bambino, a patto di “non fargliela pagare”. Una madre che “sfugge al ricatto sociale, del tutto interiorizzato”, della madre sacrificale, perfetta che svolge in modo impeccabile il suo ruolo materno (Mariotti, 2014, p. 205).

b) La fase avanzata dell’analisi

Stella fa piazza pulita di amici, vestiti, vecchi mobili e soprammobili che ingombrano la sua casa. Pensa di poter ricominciare senza dover morire, o meglio di non dover morire “veramente” per poter rinascere. Comincia a distinguere tra fantasia e realtà. “Non ho ucciso nessuno, è stata solo un’attrazione verso mio padre, accentuata dalla complicità dei suoi atteggiamenti seduttiivi, o abusanti nei miei confronti. Non sono così cattiva e ignobile come ho sempre pensato”.

Capisce che la magrezza le è servita a non essere “appetibile” e a saper dire di no alle attenzioni morbose di un padre “orco e lascivo”. E ad evitare di cadere in una tentazione complice. Il suo scopo è stato quello di azzerare le forme del suo corpo sia per regredire a una condizione prepubere, sia per differenziarsi da una madre molto più formosa. Ricorda quando il

padre toccava in sua presenza il seno abbondante della madre, suscitando il suo geloso risentimento. Controlla pertanto ossessivamente il peso corporeo limitando i pasti e vomitando: impossibile era per esempio usare l'olio come condimento, perché esso era associato allo "sperma untuoso".

In questa fase dell'analisi si affaccia alla sua mente il pensiero di poter dare alla luce un secondo figlio, soprattutto se maschio. Ci vorranno ancora alcuni anni prima che questo desiderio si concretizzi. Il mondo interno della paziente sembra ora meno desertificato e non più attraversato da tensioni distruttive di portata eccezionale. I seguenti sogni, nel rivelare l'ambivalenza della paziente, sembrano, con l'evidenza del loro contenuto manifesto, testimoniare questa evoluzione:

- a) Due pitbull stanno per aggredirmi, ma poi mi mettono le zampe addosso come se mi abbracciassero e diventano mansueti.
- b) Sono affacciata ad un pozzo buio e profondo con un omogeneizzato di verdure in mano che mi cade giù. Sono agitata perché l'omogeneizzato è Aurora. Quando arriva in fondo si trasforma in un uovo che si schiude e ne escono tre pulcini: io, mio marito e mia figlia.
- c) Seppellisco una bambina. Con calma spiano la sabbia: da lì spunta il fiore di una pianta grassa.

Se pensa che sia Aurora la bambina morta, avverte un dolore acuto e mi racconta, quasi incredula, che anche suo padre ha sognato specularmente che Aurora era morta!

Le dico che in quel sogno lei, e forse anche il padre, fa morire se stessa bambina, quella bambina spesso identificata (omogeneizzata) con Aurora, che teme possa spodestarla riproponendo con il proprio papà, suo marito, la stessa tragica storia. Quella bambina eccitata dalla sessualità dei genitori, colpevole e piena di rabbia che stringeva il Vangelo in mano per resistere alla tentazione di masturbarsi. Quella bambina che il padre "toccava" mentre la madre era al lavoro durante il turno di notte. La bambina che doveva tacere, essere bella e perfetta per salvare le apparenze, per compiacere il desiderio dei genitori. L. Ambrosiano (2008, p. 776) nel commentare un suo caso clinico scrive: "Penso all'infanticidio proprio come a un atto interno che può essere compiuto per salvare l'armonia con gli altri [...] alla fantasia di dover far fuori la bambina che la paziente stessa è stata, soprattutto nei suoi aspetti più sofferenti e meno adattati". Stella commenta che da lì in poi non vorrà più essere una studentessa modello, una madre e una moglie perfetta, quella che dà troppo alla figlia, che fa a tutti regali eccessivi. Una donna che deve esser a tutti i costi "magrissima" perché magrezza è uguale a "finezza", mentre "floridezza" vuol dire "volgarità". Può ritro-

vare la giusta distanza dalle persone, le sue giuste misure e abbandonare i propositi vendicativi o di autoannientamento. Nel corso degli anni il suo peso aumenterà di 6 kg senza che questo la sconvolga eccessivamente. È disposta ad abbandonare il suo corpo di bambina, concedendosi di essere più donna. La bulimia, così come l'enuresi dell'infanzia, le appaiono ora come un disperato tentativo di rivendicare la sua imperfezione, di dare diritto di cittadinanza alle sue paure, alle sue difficoltà e lacune. Al punto da guardare con tenerezza e indulgenza, addirittura con simpatia ai difetti fisici di sua figlia, le orecchie a sventola, la vista imperfetta, che per lei erano state un'infamia da nascondere. "Mi chiamavano 'maialotto occhialuto' perché da bambina ero grassottella: ma nessuno mi ha mai difesa o protetta. Non a caso ho chiamato mia figlia Aurora, perché pensavo a una rinascita".

Nel corso del sesto anno di analisi mi porta il seguente sogno:

"Davo lezioni alla figlia dell'analista che era cicciottella, di un'antipatia tremenda e molto presuntuosa. L'analista arrivava in vestaglia, molto invecchiata, e cercava di giustificare sua figlia per la sua maleducazione".

Questo gioco delle parti segna un nuovo corso dell'idealizzazione della paziente nei miei confronti e segnala un tentativo di autonomizzazione autoterapeutica. In questo periodo la fantasia di generare un secondo figlio si fa più reale, anche se sa che questo susciterà le reazioni negative dei genitori: non si fida della loro "mansuetudine" (i pitbull del sogno). In questa fase teme soprattutto la madre, che da poco pensionata potrebbe cercare di impossessarsi del bambino, esautorandola. Ha ancora paura di lasciarsi calpestare se abbandona del tutto le sue difese, ma sente che non abdicherà per paura della punizione materna. Si sente "toccata" dall'analisi e pensa per questo di potersi concedere l'esaudimento dei propri desideri, anche se l'incubo di rivivere l'angoscia della precedente gravidanza si affaccia ogni tanto alla mente. "L'avere un figlio è forse l'atto più proibito, ancor più dell'incesto col padre, la maggiore offesa che si possa arrecare alla madre in quanto significa gareggiare con lei in quella che è appunto la sua caratteristica peculiare: l'essere madre" (Carloni, Nobili, 2004, p. 207). Stella è infatti stuzzicata dall'idea che, grazie ad un secondo bambino, soprattutto se maschio, potrebbe diventare due volte più potente di una madre che ha avuto una sola figlia, e che ha "soppresso" (con la IVG) il suo secondogenito.

c) La fase conclusiva

Al settimo anno di analisi, ancora in corso, Stella mi porta numerosi sogni in cui si trova in una casa nuova, luminosa e spaziosa, completamente

vuota. Io vengo investita della funzione di “arredatrice”, che la aiuta a scegliere, lei da sempre incapace di farlo, l’arredamento giusto per lei, ciò che le piace e non ciò che piacerebbe agli altri. Scopre la gioia di comprarsi nuovi abiti, e da più parti riceve complimenti per il suo buon gusto.

“Con i miei genitori non ho mai potuto fantasticare sul piacere, coltivare le mie illusioni, sognare. Non mi hanno nemmeno lasciato credere a Babbo Natale! In analisi posso permettermi di farlo, e so che lei non mi sbatterà la porta in faccia se mi arrabbio con lei, e so che non mi mentirà come hanno sempre fatto i miei genitori”.

L’analisi con i suoi apporti conoscitivi e affettivi sembra aver riattivato dei movimenti costruttivi del sé e la possibilità di nuovi investimenti affettivi. La sua vita di relazione così si amplia e si rinnova.

In un sogno recente racconta:

“Sono in piazza della Minerva², nella nostra città ridente e solare, insieme a una mia collega in analisi da un analista di nome Ripuliti. La Minerva indossa occhiali da sole come i miei”.

Nelle associazioni ricorda che gli studenti universitari dicono che se guardi questa statua negli occhi, non ti laurei più. La collega in analisi le dice che la Minerva è stata recentemente restaurata, completamente svuotata e ripulita.

In questo sogno mi sembra che Stella stia descrivendo il lavoro analitico svolto in “una città analitica ridente e solare”, in un ambiente ripulito da tutte le situazioni torbide, protetta da uno sguardo troppo intrusivo e persecutorio dal quale ora può difendersi. Minerva “dea dai mille compiti”, dea delle attività intellettuali e della guerra, è stata svuotata e ripulita... Anche la paziente, come Minerva, ha subito un grande restauro e un ridimensionamento di quella sfida della visione e della conoscenza che ha caratterizzato, per ampi tratti, la sua relazione con me e con se stessa.

L’analisi le è servita per non sentirsi “pazza”, per essere riconosciuta nelle sue ragioni. Ricorda quella volta che io riconobbi con naturalezza di aver fatto un errore sull’orario di una seduta che era stata spostata. Stella era già pronta ad addossarsi la colpa e a sentirsi in difetto. Le è chiaro ormai che in analisi “si realizza che non c’è un passato buio e un futuro luminoso – come ella stessa afferma –, ma una fragilità che si impara a gestire”. Ha rinunciato a impossessarsi di un magico potere di conoscenza e di forza che la rendesse perfetta, come immaginava all’inizio.

Pensa di poter andare a testa alta con sua madre e guardarla in faccia perché “non è una puttana”. “Quando ho tirato su la testa con mia madre,

2. In una delle principali piazze della città c’è una gigantesca statua raffigurante la dea armata di lancia e scudo.

l'ho persa!" – dice, sorridendo del doppio senso della sua affermazione, che io le faccio notare. Ma ora non ha più questa paura.

Essere malata rappresentava un vantaggio che le permetteva di non affrontare i problemi, di non crescere, ma ora non vuole più questa vita dimezzata: "Mia figlia mi ha scompensato, ma mi ha anche dato una nuova identità".

Stella riesce a stare in presenza del padre: lo vede più vecchio, un nonno, meno pericoloso per sé e per la nipote e riesce con lui a recuperare qualche momento di serenità.

Sogno: "Percorrevo il corridoio di casa dove incontravo due persone. Sapevo che erano i miei, ma non riuscivo a riconoscerli. Erano loro, ma non erano loro".

Sa che è venuto il momento di lasciarli andare per la loro strada.

L'atmosfera delle sedute è ora molto più serena e lieve. Anch'io mi sento decisamente alleggerita dal carico di tensioni emotive che abbiamo dovuto dipanare.

Qualche settimana dopo Stella mi comunica gioiosamente che è incinta, dopo 7 anni di faticosa gestazione di questo desiderio. Ma non lo ha ancora detto a nessuno, a parte al marito e a me, e non si sente tenuta a farlo.

Mi chiede di fiancheggiarla in questa esperienza che supponiamo possa essere l'ultima tappa del nostro lavoro.

Conclusioni

Nel discutere questo caso ho messo in evidenza come un evento critico nella vita della paziente (l'incidente stradale e la conseguente morte dell'amica) abbia costituito una frattura nel percorso esistenziale di Stella già compromesso dalla influenza di relazioni familiari traumatizzanti. L'incidente, nella sua drammaticità, ha reso possibile l'accesso alla cura consentendo una risignificazione *après-coup* delle esperienze negative pregresse.

Nel corso dell'analisi è stato possibile affrontare il sentimento di vuoto e di annientamento radicale percepito durante l'infanzia e l'adolescenza che aveva causato uno stato di angoscia pervasiva e ostacolato il suo sviluppo e la sua emancipazione.

Gli aspetti negativi presenti nel nucleo familiare e nelle generazioni precedenti e trasmessi per via trans-generazionale alla paziente si erano condensati in sintomi invalidanti (la bulimia, le fobie, le ossessioni, la depressione) che è stato compito dell'analisi accogliere e risolvere. L'incidente automobilistico introduce in modo concreto e drammatico l'impatto con la morte alla cui fascinazione la paziente soggiace e di cui fanno parte le

fantasie figliche. L'analisi ha consentito di elaborare a sufficienza l'inibizione, la vergogna e il senso mortifero di impotenza riattivando processi di pensiero e di significazione pietrificati nella mente della paziente e riaprendo la possibilità di un percorso vitale. Stella può ora dispensare la vita e non solo la morte e soprattutto garantire la sopravvivenza a sé e ai suoi figli, libera dalla brama della vendetta e dal "giogo di oggetti interni mortificanti" (Lopez, Zorzi Meneguzzo, 2005). L'obiettivo finale è quello di abbandonare la posizione vittimistico-accusatoria che depaupera le energie libidiche e uscire dalle strettoie delle reciproche colpevolizzazioni antivitali (Lopez, Zorzi Meneguzzo, 1994, p. 55).

Bibliografia

- Ambrosiano L. (2008), Lietta, la panchina e l'analista. *Rivista di Psicoanalisi* 54: 773-779.
- Berlincioni V. (2008), *Sul significato delle reazioni al trauma psichico: studio di un caso clinico*. In: V. Berlincioni, G. Mariotti (a cura di), Il Trauma. *Quaderni de gli argonauti* 16, dic.: 7-22.
- Bloch D. (1965), Feelings that Kill: The Effect of the Wish for Infanticide in Neurotic Depression. *Psychoanalytic Review* 52A: 5-66.
- Bloch D. (1974), Fantasy and the Fear of Infanticide. *Psychoanalytic Review* 61: 5-31.
- Bokanowski T. (2005), Variazioni sul concetto di "traumatismo". *Rivista di Psicoanal.* LI, 2, 491: 506.
- Bonasia E. (2001), *La guerra la morte e il figlicidio*. <http://www.psychomedia.it/pm/grpind/social/bonasia.htm>
- Breuer J., Freud S. (1892-1895), *Studi sull'isteria OSF* 1. Boringhieri, Torino 1967.
- Bromberg P. M. (1998), *Clinica del trauma e della dissociazione*. Raffaello Cortina, Milano 2007.
- Carloni G., Nobili D. (2004), *La mamma cattiva*. Guaraldi, Rimini.
- Corbella S. (2008), *Affrontare il trauma insieme*. In: V. Berlincioni, G. Mariotti (a cura di), Il Trauma. *Quaderni de gli argonauti* 16, dic.: 41-64.
- Correale A., Rinaldi R. (a cura di) (1997), *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Raffaello Cortina, Milano.
- Ferenczi S. (1933), Riflessioni sul trauma. *Opere, vol. IV, 1927-1933*. Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Ferenczi S. (1934), Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione. *Opere, vol. IV, 1927-1933*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Freud S. (1887-1904), *Lettere a Wilhelm Fliess*. Boringhieri, Torino 1986.
- Lopez D., Zorzi Meneguzzo L. (1994), La teoria del trauma e le critiche di Eissler a Masson. *gli argonauti*, 60, 1: 51-60.

- Lopez D., Zorzi Meneguzzo L. (2005), *Narcisismo e amore*. A. Colla, Vicenza.
- Mariotti G. (2008), *Il trauma dell'insight*. In: V. Berlincioni, G. Mariotti (a cura di), *Il Trauma*, *Quaderni de gli argonauti* 16, dic.: 23-40.
- Mariotti G. (2012), Paura di guarire e paura del benessere: differenziare l'angoscia. *gli argonauti*, 134: 199-214.
- Mariotti G. (2014), Rileggere Medea. *gli argonauti*, 142: 201-217.
- Masciangelo P. M. (1994), Considerazioni sullo stress e il trauma. *gli argonauti*, 60, 1: 43-50.
- Petrella F. (1994), Traumi psichici. Il trauma infantile nella prospettiva dell'adulto. *gli argonauti*, 60, 1: 31.
- Raskovsky A., Roscovsky M. (1972), The Prohibition of Incest, Filicide and the Sociocultural Process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 53: 271-276.
- Raskovsky A. (1973), *Il figlicidio*. Astrolabio, Roma 1974.
- Sandler J., Fonagy P. (1997), *Il recupero dei ricordi di abuso*. Franco Angeli, Milano 2002.
- Vallino D. (2002), Percorsi teorico-clinici sul trauma. *Rivista di Psicoanal.* XLVIII, 1, 5: 22.
- Wolf C. (1983), *Cassandra*. Edizioni e/o, Roma 1985.
- Zorzi Meneguzzo L. (2007), L'isteria, il ritorno. *gli argonauti*, 114: 203-236.
- Zucca Alessandrelli C. (2012), Rigenerare i genitori. *gli argonauti*, 132: 47-66.
- Zucca Alessandrelli C. (2014), *Comunicazione personale*.

Vanna Berlincioni
Via Cardano 74
27100 - Pavia
vanna.berlincioni@unipv.it

