

Marino sviluppa il suo discorso su tre punti focali:

- 1) la concezione eziopatogenetica del trauma,
- 2) l'incapacità da parte del perverso di sentire e rappresentarsi gli stati mentali di sé e dell'altro e, soprattutto su questo ci propone un suo percorso riflessivo all'interno di una cornice fenomenologia.
- 3) le difficoltà controtransferali dell'analista con il paziente perverso

Ho sentito nel suo modo di raccontare la storia clinica del sign.T. una sensibilità psicologica ed un'attenzione alla cura con le quali mi trovo in accordo e familiarità.

Partendo da ciò cercherò di articolare una riflessione utilizzando gli autori ai quali ho fatto riferimento quando mi sono arrivati in trattamento pazienti con sintomi di tipo perverso.

Concluderò con un breve accenno al caso clinico di un uomo che ho visto in due fasi, una prima volta molti anni fa, circa 15, in cui ancora era per me prevalente il riferimento a Jung, e negli ultimi anni in cui i miei riferimenti sono stati la psicologia relazionale e la psicologia del Sé.

Il tema della perversione è un tema proteiforme includendo un ampio spettro di manifestazioni e di comportamenti che vanno dalla psicopatia e sociopatia fino a quelle forme che più frequentemente afferiscono nei nostri studi e che rientrano in patologie di tipo narcisistico.

I comportamenti perversi inoltre, pur essendo prevalentemente stereotipati, ripetitivi sono messe in atto di copioni molteplici che rimandano a configurazioni psicologiche molto diverse. Pensiamo alla compulsione all'adescamento e sfruttamento sessuale di soggetti più deboli o all'utilizzo solitario di materiale pornografico; oppure alla ricerca del piacere attraverso l'esibizione piuttosto che attraverso il voyeurismo; oppure al feticismo piuttosto che al sadomasochismo. Ed altro ancora nelle variate espressioni di una mente che funziona in modo perverso.

Quello che in comune hanno le manifestazioni perverse è la commistione di rabbia ed eccitamento sessuale in gradi e modalità diverse in misura della gravità. Inoltre il paziente perverso non esplicita quasi mai la richiesta di intervento terapeutico per i propri comportamenti devianti. Di solito lamenta, come quello descritto da Marino, preoccupazioni per la propria integrità fisica, spesso sono presenti ansie di contagio, di contaminazione.

Raramente questo tipo di paziente racconta i propri rituali sessuali con atteggiamento compiaciuto tranne in quella particolare situazione in cui rapidamente mette in atto una modalità sadica di relazione. Più frequentemente, quando ne parlerà, sarà talvolta con indifferenza, quasi fossero comportamenti egosintonici, talaltra con imbarazzo e vergogna. Anche queste espressioni affettive saranno in misura maggiore o minore a seconda della gravità e avranno il sapore dell'autenticità oppure dell'enfaticizzazione in relazione al particolare momento analitico.

In generale il paziente perverso, chiuso dentro il fortino delle sue concretizzazioni difensive, comunica un profondo isolamento, la sua affettività è povera e non modulata, la personalità appare come svuotata di vitalità e dominata solo dall'eccitazione quando progetta e realizza le sue messe in atto. La relazione con questo tipo di paziente pone il terapeuta in una situazione critica per la specificità dei contenuti, per l'intensificazione degli affetti attivati, per l'implicazione di stati corporei che possono andare dall'eccitamento al disgusto, per l'impressione di subire la violazione del limite della propria intimità. Può accadere che l'analista si trovi a dover negoziare tra distacco, giudizio morale e un'autentica risposta alla richiesta di aiuto che è sempre implicita in ogni incontro analitico, anche da parte di un paziente che ci appare così attaccato ai propri comportamenti e così distante dalla consapevolezza della sua vera sofferenza.

Con questi pazienti, **"capaci di farci perdere il nostro equilibrio di terapeuti"**(Fonagy) la teoria di riferimento diventa particolarmente importante così che l'analista possa mantenere un assetto riflessivo ed analitico all'interno di un contesto relazionale tanto saturo di affetti non modulati.

In tal senso ritengo utili la concezione di Kohut sull'origine traumatica delle patologie perverse che egli inserisce tra i disturbi narcisistici del comportamento (come le tossicofilie e i disturbi alimentari), il concetto in Fonagy di deficit della funzione riflessiva nei bambini che non hanno avuto né accesso alla mente della madre né un adeguato rispecchiamento dei loro stati interiori e la prospettiva di Mitchell che considera le forme della sessualità modellate all'interno della matrice relazionale il cui schema si ripropone nei rapporti interpersonali adulti.

Per Kohut le perversioni che possono essere trattate analiticamente, sono una manifestazione secondaria della deficitaria strutturazione del Sé esposto nella fase di sviluppo a maltrattamenti fisici o abusi sessuali, oppure a cronici fallimenti da parte degli oggetti-Sé. Gli agiti perversi hanno la funzione difensiva di controllo e distanziamento nella relazione con l'altro e sopperiscono alla vulnerabilità narcisistica del sé con l'intensificazione degli stati corporei attraverso la rabbia e la sessualizzazione

In un sano sviluppo, gli oggetti-sé genitoriali riconoscono i bisogni del bambino, ne rispecchiano gli stati interiori e forniscono sostegno e contenimento. Quando invece la responsività empatica fallisce ripetutamente, al posto della gioiosa esperienza del rispecchiamento vitalizzante con un oggetto-sé responsivo ed idealizzato, il bambino sperimenta un senso di devitalizzazione e frammentazione al quale reagisce con la rabbia e con il ritiro.

Il riconoscimento empatico da parte della madre funziona da regolazione psichica degli stati affettivi del bambino; quando questa viene a mancare, egli ricorre all'autostimolazione che assume così una funzione autoregolatoria finalizzata al contenimento dell'allagamento emotivo destrutturante per il sé.

Invece di un armonico sviluppo e consolidamento di un senso di identità stabile e dinamica, si solidificano delle strutture difensive che ripristinano lo stato di unità offeso ma a danno di una piena maturazione psicologica. In presenza di una madre emotivamente assente o intrusiva e disconfermante, il bambino si rivolge al proprio corpo stimolandolo, ricorrendo a sensazioni orali, anali, genitali così da controbilanciare il senso di frammentazione ed indebolimento del sé.

.(v.per es. nel sign. Z. la masturbazione senza piacere del bambino depresso che diniega il dolore attraverso una fuga all'esterno così che possa mantenere un senso di sé che sperimenta ed agisce)

Per gli psicologi del Sé, e mi riferisco principalmente a Stolorov, Lichemberg, Lachman, la sessualità è un potente organizzatore della configurazione del sé e delle relazioni intersoggettive. In particolare Lichemberg sottolinea che l'incapacità di sintonizzazione e risposta convalidante da parte di chi si prende cura del bambino porta ad una forma strutturalmente avversiva di attaccamento. La spinta vitale rimane così privata del suo naturale oggetto ed il bambino si rivolge a "fonti maladattive o perverse".

Cit. "Queste attività, oggetti o sostanze non hanno a che fare direttamente con la fonte specifica del disagio.....hanno un effetto edonico e regolatore di per sé, grazie alla loro intrinseca capacità di mettere in moto gli affetti" (Il sé e i sistemi motivazionali. P.178-179). Da una parte l'autostimolazione somatica serve a colmare lo svuotamento di un sé non sufficientemente vitale ed a ripristinare un senso di coesione perduta; dall'altra le fallimentari esperienze primarie hanno avuto esito nell'impossibilità di trovare oggetti-sé sostitutivi ma solo oggetti da controllare e dominare quindi privati di quella risonanza psichica che sola può rendere una relazione realmente intima e vivificante.

I vissuti corporei come strutture difensive entrano così a far parte stabilmente del sé e della modalità in cui l'altro può essere visto ed avvicinato. Proprio le fantasie e/o i comportamenti in cui sono associati rabbia (spesso nella forma del disprezzo) e sessualità forniscono a certi individui quegli stati intensificati che vengono agiti all'interno delle relazioni così che l'altro possa essere sentito come realmente presente e controllato attraverso i rituali. (v. Goldberg p.143ed anche Fonagy parlano del sadico per il quale il dolore intenso dell'altro serve a farglielo sentire presente).

Ma perché proprio la sessualità?

St.Mitchell ritiene che le sensazioni fisiologiche e la dinamica della sessualità assumono significati specifici all'interno della matrice relazionale nella quale si sviluppano l'identità personale e le modalità di costruzione e mantenimento dei legami affettivi con gli altri significativi.

Il bambino, nel contatto col corpo della madre, sperimenta piacere, calore, si sente sostenuto e contenuto, calmato e toccato con tenerezza. Oppure può essere manipolato in modo intrusivo, iperstimolato, utilizzato dalla madre per i propri bisogni di contatto o eccitamento. O ancora le cure materne possono essere impersonali, fredde, non accompagnate dallo scambio affettivo giocato attraverso le interazioni fisiche ed il bimbo è lasciato solo a ricercare una qualche fonte di piacere. La sessualità adulta ripropone le modalità relazionali primarie e si presta a ben esprimere la qualità affettiva, la gerarchia o simmetria di rapporto nelle interazioni precoci. Il contatto con la pelle che delinea i confini tra sé e l'esterno, la vicinanza dei corpi, la dinamica della compenetrazione tra eccitazione endogena ed eccitazione dell'altro e con l'altro, il sentirsi attivi ma anche esposti all'iniziativa del partner, sono tutte situazioni che entrano a far parte dell'esperienza e della rappresentazione dell'intimità con se stessi e con l'altro. Pertanto, secondo il punto di vista di Mitchell, nella perversione non è l'oggetto ad essere svalutato ma, attraverso il controllo e la ripetizione, viene riproposta l'unica modalità che il soggetto conosce per assicurarsi la continuità di legame con l'altro.

Il paziente perverso con molta difficoltà e solo dopo molto tempo lascia filtrare lo stato emotivo, gli affetti dolorosi dai quali ha preso le distanze e questo avviene con vergogna ed imbarazzo ai quali reagisce o con rabbia o attraverso il ritiro.

L'uso dell'empatia come forma di legame e fattore terapeutico è spesso inefficace perché se da una parte è proprio l'ambiente empatico della relazione analitica a costituire una seconda possibilità per riparare almeno in parte i danni del Sé, sembrerebbe che in questo caso il riconoscimento della sofferenza originaria da parte dell'analista sia sentito come una vicinanza eccessiva che espone al rischio di una ritraumatizzazione.

Questo paziente usa ed abusa il corpo attraverso atti o fantasie e non sembra avere accesso riflessivo ad alcune aree della propria mente e di quella degli altri. Dal canto suo l'analista si trova a dare risposte emotive attraverso stati corporei, può provare disgusto oppure eccitazione, può sentirsi arrossire o adirarsi, può sentirsi addosso la presenza dell'altro o può vivere un senso freddo di distanziamento perché la propria sensibilità è stata troppo ferita e la propria intimità forzata. In una situazione così satura di affetti non mentalizzati, l'analista sente la propria mente bloccata, impigliato nella frustrante sensazione di essere controllato e manipolato.

Proprio per questi aspetti così arcaici che entrano nell'interazione mi è stato utile il concetto di funzione riflessiva come viene formulato da Fonagy.

La funzione riflessiva si sviluppa gradualmente all'interno della relazione primaria di attaccamento a partire dalle interazioni fisiche delle cure materne. E' il prerequisito per la costituzione del Sé psicologico ed ha la funzione sia di orientamento e riconoscimento del proprio funzionamento mentale e di quello degli altri, sia di regolazione e contenimento degli stati del sé. Inizialmente il bambino attribuisce i suoi stati interiori all'esterno, non distingue quindi tra realtà interna ed esterna (equivalenza psichica). Gradualmente, probabilmente anche per sfuggire all'angoscia di stati troppo negativi sentiti come minacciosi, ed anche grazie alla sintonizzazione non perfetta della madre che riconosce l'eccitamento o la rabbia del piccino ma lo sottolinea con uno piccolo scarto affettivo, il bambino sviluppa la capacità di sentire come propri gli affetti e di trovarli all'esterno simili ma non identici. Con il gioco "come se" (facciamo che io ero) il bambino distingue sempre più chiaramente che ciò che lui ha nella mente (un audace guerriero) non corrisponde con la realtà esterna in cui lui, per la madre, e per se stesso, è quel guerriero ma continua ad essere il bambino di sempre. Attraverso l'integrazione di queste due modalità di funzionamento precoce della mente e attraverso gli scambi relazionali, il bambino che si trova nella mente della madre, a sua volta trova la mente della madre, e distingue realtà interna da realtà esterna e se stesso separato dagli altri.

Quando la madre o rispecchia lo stato del bambino in modo identico, non modulato, o non lo riconosce affatto o lo interpreta come qualcosa d'altro, per es. travisando l'eccitazione con la protesta, il fragile sé del piccolo si pone difensivamente o attraverso l'aggressività o attraverso l'inibizione della funzione riflessiva o, come nel caso dei pazienti più gravi, con ambedue le modalità.

Non avendo trovato riconoscimento e contenimento nell'interazione con la mente della madre, gli stati affettivi, la rabbia, l'eccitazione, il senso di svuotamento, rimangono per così dire incistati nel corpo e non accedono a rappresentazioni di ordine superiore, di tipo simbolico. Di conseguenza può succedere che gli agiti aggressivi e le autostimolazioni fisiche entrino nella modalità di relazione con gli altri perché stabilmente associati ad un seppur arcaico e disfunzionale senso di sé agente.

Il bambino prima e l'adulto successivamente la cui funzione riflessiva non si sia pienamente sviluppata non hanno accesso ai propri stati mentali, non sanno attribuire significati ed intenzioni al comportamento degli altri e la separazione tra realtà interiore ed esterna è spesso fallimentare.. Il paziente perverso affida agli agiti corporei ciò che in lui è rimasto muto, non conosciuto né mentalizzabile, egli sente se stesso e gli altri attraverso l'uso ritualizzato del corpo e pertanto il setting è pervaso da aspetti concreti, da quelle emozioni come azioni che non sono rappresentazioni mentali ma percezioni sensorie del Sé preriflessivo.

Il rapporto con questi pazienti presenta la fissità di un copione in cui la mente dell'analista può cogliere l'angoscia e l'infinita solitudine della disperazione nell'isolamento emotivo ma solo in una modalità in cui non c'è spazio per la condivisione.

La relazione primaria di attaccamento traumatico non ha strutturato la capacità di modulazione psichica degli affetti né ha posto le basi per l'esperienza dell'altro come presenza contenitiva e convalidante così che sia possibile l'esplorazione di modi alternativi più flessibili ed adattivi di relazione.

Per comprendere la ragione delle stereotipie dei comportamenti e delle fantasie perverse faccio riferimento a quanto dice Mitchell (in L'amore può durare?) sul conflitto che può insorgere in una relazione d'amore, tra attaccamento sicuro e desiderio. La motivazione primaria a mantenere legami con figure che garantiscano un senso di stabilità interna porta l'individuo a privilegiare relazioni in cui prevalgano familiarità, prevedibilità, senso di sicurezza. Può succedere che per assicurarsi questo ossigeno psicologico si sacrifichino quegli aspetti di sé che si pensano pericolosi per la relazione. Nella coppia coniugale il desiderio può essere sentito rischioso perché implica l'esposizione di sé, la messa a nudo della propria parte più intima, la condivisione di due intimità che sono insieme nell'interazione ma contemporaneamente separate dalla percezione degli stati corporei personali. Perché una relazione erotica sia appagante è necessario avere accesso e vivere i propri desideri in presenza ed insieme all'altro del quale riconosciamo la libertà.

Le negoziazioni tra attaccamento e desiderio sono le componenti di una relazione sufficientemente normale. Il paziente con aspetti perversi tende a ricreare attraverso i rituali un tipo di relazione che mantenga un certo grado di familiarità attraverso il controllo invece di abbandonarsi alla scoperta di sé e dell'altro.

Il modo in cui il paziente porta in analisi il racconto dei suoi rituali perversi, il copione dei suoi agiti, l'effetto che questi hanno sul terapeuta sono il contesto nel quale si sviluppa la storia della coppia analitica.

Mi sembra quindi sia necessario rimanere all'interno del forte e complesso impatto emotivo che hanno sul terapeuta i sintomi e gli stili comunicativi perversi. Questi sembrano essersi originati in una fase molto precoce dello sviluppo e potrebbero essere una porta anche se ancora cieca agli stati interiori che sono stati ignorati o non correttamente interpretati. Sono i corpi a parlare e l'analista si trova implicato in una trama di sottili (o talvolta grossolane) interazioni non verbali. E' a partire da queste che si articola il dialogo analitico ed in queste la mente dell'analista può cogliere significati, così che si cominci a costruire una relazione in cui ci sia spazio per la fiducia e la ricerca della sofferenza autentica..

L'analista ha il compito, sostenuto nel tempo, di svolgere quella funzione che nel passato è stata fallimentare e che non ha permesso di tradurre il piano fisico in contenuto mentale. Solo così è possibile costruire quei ponti di significato che uniscano il presente di un'esistenza che si sente degradata, al contesto relazionale passato nel quale non c'è stato lo spazio per sviluppare quel senso di intimità psicologica con sé stessi che possa dare accesso all'intimità condivisa.

Segue esemplificazione clinica